



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ТАМБОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ

им. г. р. Державина

В. Н. Косырев

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ И СТУДЕНТОВ
ФАКУЛЬТЕТОВ ПСИХОЛОГИИ

ИЗДАТЕЛЬСТВО

УДК 616.89-008.1 ББК88.4я73

Тамбов 2003

Рецензенты:

доктор психологических наук, профессор *Н. А. Коваль*;
 доктор психологических наук, профессор *С. Б. Каверин*;
 доктор медицинских наук, профессор *Э. А. Османов*.

Косырев В. Н.

К 49 Клиническая психология: Учеб.-метод. комплекс для преподавателей и студентов факультетов психологии / В. Н. Косырев; М-во образования Рос. Федерации; Тамб. гос. ун-т им. Г. Р. Державина. Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г. Р. Державина, 2003. 451с.

ISBN 5-89016-114-8

Основной объем книги занимает материал лекционного курса по дисциплине «Клиническая психология», читаемого автором в течение ряда лет в институте психологии и педагогики Тамбовского государственного университета им. Г. Р. Державина. Книга включает также учебный план, учебную программу, разработки семинарских и лабораторных занятий по данной дисциплине.

Адресована преподавателям факультетов психологии и студентам-психологам вне зависимости от их специализации. Она может быть полезной также врачам, педагогам, социальным работникам, особенно тем из них, кто работает в сфере сохранения, укрепления и восстановления психологического здоровья граждан.

УДК 616.89-008.1 ББК 88.4 я73

ISBN 5-89016-114-8

© Косырев В. Н., 2003

© Тамбовский государственный университет им. Г. Р. Державина, 2003

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	11
РАЗДЕЛ I. ПРОГРАММА КУРСА «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ» (для специальности «Психология»)	14
1. Учебный план дисциплины.....	14
2. Тематический план курса.....	14
РАЗДЕЛИ. КУРС ЛЕКЦИЙ.....	16
Часть 1. Клиническая психология как научная дисциплина и как область профессиональной деятельности психолога	16
Лекция 1. Общие представления о медицинской и клинической психологии.....	16
1. Различные подходы к содержанию и определению медицинской и клинической психологии	16
2. Предмет медицинской и клинической психологии.....	18
Лекция 2. Психолог в клинике.....:	20
1. Психологический аспект заболевания (понятия здоровья и болезни).....	21
2. Задачи и функции клинических психологов	22
2.1. Виды психопрофилактических задач	23

2.2.	Различные виды клинико-психологической психодиагностики.....	23	
2.3.	Виды экспертных задач, решаемых клиническими психологами.....	24	
2.4.	Психотерапевтические, коррекционные и реабилитационно-восстановительные задачи	24	
3.	Виды психологических служб, в которых работают клинические психологи.	25	
Честь 2.	Психосоматика.....	27	
Лекция 3.	Общая психосоматика.....	27	
	Вводные замечания.....	28	
	3		
1.	Психосоматические корреляции. .	28	
1.1.	Психогенные реакции.....	29	
1.2.	Психосоматические заболевания.	29	
2.	Соматопсихические корреляции...	30	
2.1.	Понятие объективной тяжести и внутренней картины болезни.....	30	
2.2.	Влияние социально-конституциональных факторов на концепцию болезни (пол, возраст, профессия).....	33	
2.3.	Влияние индивидуально-психологических факторов на концепцию болезни (темперамент, характер, личность).....	37	
3.	Типы психологического реагирования на болезнь.....	41	
3.1.	Основания и классификация типов психического реагирования на заболевание	41	
3.2.	Типы реагирования на болезнь без нарушения социальной адаптации.....	43	
3.3.	Типы реагирования на болезнь с нарушением социальной адаптации по интрапсихическому варианту.....	44	
3.4.	Типы реагирования на болезнь с нарушением социальной адаптации по интерпсихическому варианту.....	46	
Лекция 4.	Психосоматические реакции при акушерской и гинекологической патологии	49	
1.	Особенности и динамика психического состояния женщины во время беременности	50	
2.	Предменструальный синдром.....	53	
3.	Психические нарушения при бесплодии ...	57	
4.	Психология и психопатология климактерия	60	
Лекция 5.	Соматогенные психические расстройства при онкологической патологии....	64	
1.	Особенности и динамика реагирования больного на злокачественные новообразования	65	
2.	Влияние этапа онкологического заболевания на психику больного.....	67	
3.	Влияние характерологического преморбида на патогенез психических нарушений при онкологической патологии....	69	
4.	Влияние личности больного на вероятность возникновения и протекание онкологического процесса.....	70	

5.	Специфика психологических феноменов при онкологических заболеваниях разной локализации.....	71	
Лекция 6.	Терапевтическая, эндокринная и неврологическая патология: корреляции.....	75	и неврологическая патология: соматопсихические
1.	Общая картина влияния на психику хронического соматического заболевания	75	
2.	Психологические особенности больных с терапевтической патологией.....	77	
3.	Соматопсихические расстройства при эндокринных заболеваниях.....	77	
4.	Психология неврологических расстройств	79	
Лекция 7.	Психологические особенности больных при хирургических вмешательствах	81	
1.	Психология пациента хирургической клиники.....	81	
2.	Две стратегии выбора пациентом способа лечения.....	82	
3.	Феноменология пред- и постоперационной тревоги.....	83	
4.	Психологическая адаптация человека после пересадки органов и тканей...	84	
5.	Соматопсихические расстройства, связанные с дефектами тела, речи и органов чувств	87	
Часть 3.	Патопсихология.....	91	
Лекция 8.	Введение в патопсихологию. .	91	
1.	Основные понятия и особенности построения раздела.....	91	
2.	История развития взглядов на предмет и методы патопсихологического исследования	92	
3.	Особенности проведения и основные компоненты патопсихологического исследования	96	
Лекция 9.	Нарушения сознания.....	99	
1.	Понятие сознания в философии, психологии и психиатрии.....	99	
1.	Формы нарушения сознания.....	100	
2.1.	Помраченное сознание.....	100	
2.2.	Оглушенное состояние сознания.	101	
2.3.	Делириозное помрачение сознания	101	
2.4.	Онейроидное (сновидное, грезоподобное) состояние сознания.....	102	
2.5.	Сумеречное состояние сознания...	103	
2.6.	Деперсонализация.....	104	
Лекция 10.	Нарушения восприятия.....	105	
1.	Феноменология нарушений восприятия ...	106	
2.	Агнозии.....	107	
3.	Псевдоагнозии при деменции.....	ПО	
4.	Обманы чувств.....	111	
4.1.	Галлюцинации и их виды.....	111	
4.2.	Особенности галлюцинаторных образов ...	112	
4.3.	О механизме галлюцинаций или к вопросу о природе обманов чувств.....	113	
4.4.	Псевдогаллюцинации.....	115	
4.5.	Синдром Кандинского-Клерамбо	116	

5.	Нарушение мотивационного компонента восприятия.....	116
6.	Формы нарушения восприятия при различных заболеваниях.....	120
7.	Методы исследования восприятия	122
Лекция 11. Нарушения памяти.....		124
1.	Актуальность и основные направления исследования нарушений памяти.	124
2.	Нарушение непосредственной памяти: «корсаковский синдром» и прогрессирующая амнезия.....	126
3.	Нарушение динамики мнестической деятельности.....	130
4.	Нарушение опосредованной памяти	132
5.	Нарушение мотивационного компонента памяти.....	135
6.	Нарушение памяти у больных разных нозологических групп.....	137
7.	Методики, используемые для исследования памяти.....	139
Лекция 12. Нарушения мышления.....		141
1.	Вводные замечания и основные понятия	141
1.	Нарушение операциональной стороны мышления.....	143
2.1.	Снижение уровня обобщения.....	144
2.2.	Искажение процесса обобщения..	148
3.	Нарушение динамики мыслительной деятельности.....	149
3.1.	Непоследовательность суждений.	150
3.2.	Лабильность мышления.....	151
3.3.	Откликаемость.....	152
3.4.	Инертность мышления.....	152
4.	Нарушение личностного (мотивационного) компонента мышления.....	154
4.1.	Разноплановость мышления.....	154
4.2.	Резонерство.....	155
4.3.	Нарушение критичности мышления	156
5.	Виды патологии мышления.....	159
5.	Методики исследования нарушений мышления.....	161

7

Лекция 13. Расстройства эмоциональной сферы		163
1.	Основные понятия.....	164
1.1.	Стрессы.....	164
1.2.	Фрустрация.....	166
1.3.	Кризисы.....	167
2.	Особенности эмоциональных расстройств у больных разных нозологических групп	169
3.	Методы исследования эмоциональных нарушений	170
Лекция 14. Нарушения развития личности		172
1.	Клиника личностных расстройств в отечественной патопсихологии.....	173
1.1.	Нарушение опосредованности и иерархии мотивов.....	173

1.2.	Нарушение смыслообразования....	] 77	
1.3.	Нарушение подконтрольности поведения		179
2.	Клиника личностных расстройств в психоаналитической характерологии	181	
2.1.	Вводные замечания.....	181	
2.2.	Классификация личностных расстройств ..		181
2.3.	Параноидные, шизоидные и шизотипические личностные расстройства.....	182	
2.4.	Истерические (истероидные), нарциссические, антисоциальные и пограничные личностные расстройства.....	183	
2.5.	Подчиняемые (зависимые), навязчивые и пассивно-агрессивные личностные расстройства	186	
2.6.	Психотерапия и психотерапевтический прогноз при расстройствах личности		187
3.	Задачи и методы патопсихологического исследования личности.....	188	
Лекция 15.	Психология девиантного поведения		193
1.	Понятие нормального и отклоняющегося поведения.....	193	
2.	Способы взаимодействия индивида с реальностью	194	
		8	
3.	Типы девиантного поведения.....	196	
3.1.	Делинквентное поведение.....	196	
3.2.	Аддиктивное поведение.....	198	
3.3.	Патохарактерологическое поведение		200
3.4.	Девиантное поведение на базе гиперсособностей.....	201	
4.	Клинические формы девиантного поведения		202
4.1.	Агрессивное и аутоагрессивное поведение		202
4.2.	Злоупотребление веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности.....	209	
4.3.	Нарушение пищевого поведения..	213	
4.4.	Сексуальные девиации и перверсии		216
4.5.	Сверхценные психологические увлечения		224
4.6.	Характерологические и патохарактерологические реакции.....	229	
4.7.	Коммуникативные девиации.....	231	
4.8.	Безнравственное, аморальное и неэстетическое поведение.....	232	
РАЗДЕЛ III	СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ.....		235
1.	Планы проведения и списки литературы ...		235
2.	Методические разработки.....		247
РАЗДЕЛ IV.	РАЗРАБОТКИ ЛАБОРАТОРНЫХ ЗАНЯТИЙ		277
РАЗДЕЛ V.	ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ.....		
РАЗДЕЛ VI	ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ ПО КУРСУ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»		414

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ.....	436
1. Информация для студентов, выбирающих специализацию «Клиническая психология»	436
2. Перечень дисциплин специализации «Клиническая психология».....	436
3. Содержание дисциплин специализации	438
3.1. Психофармакология и психофармакотерапия	438
3.2. Психотехники в современной клинической психологии.....	439
3.3. Основы психосоматики.....	440
3.4. Основы нейропсихологии.....	441
3.5. Патопсихология.....	442
3.6. Специальная психология и коррекционная педагогика.....	443
3.7. Психология детей с задержкой психического развития (ЗПР).....	444
3.8. Психология аномального онтогенеза	444
3.9. Психологическое консультирование	445
3.10. Психология девиантного поведения	445
3.11. Специальные разделы клинической психологии.....	446
3.12. Основы профориентации и трудовой реабилитации	447
3.13. Психология экстремальных и кризисных состояний.....	448
3.14. Введение в клинический психоанализ	449
3.15. Теория и практика судебно-психологической экспертизы.....	450

ВВЕДЕНИЕ

Клиническая психология представляет собой одну из ведущих и наиболее интенсивно развивающихся отраслей современной психологии. Она является не только фундаментальной наукой, но и признанной, высоко ценимой во всем мире областью профессиональной деятельности психологов.

Социальная значимость клинической психологии выражается в том, что в психологических ассоциациях различных стран мира около 60 % составляют клинические психологи. В области клинической психологии работали З. Фрейд, А. Адлер, К. Юнг, К. Хорни, Э. Фромм, В. Франки, К. Роджерс, А. Маслоу и др. У истоков отечественной клинической психологии стояли профессора Московского университета, лауреаты Ломоносовской премии, обладатели многих международных наград А. Р. Лурия, Б. В. Зейгарник и др.

Признание значимости клинической психологии в нашей стране

ознаменовано официальным государственным утверждением этой (пока единственной) отрасли психологии в качестве отдельной самостоятельной специальности.

В последние годы в клинической психологии произошли значительные изменения. Это касается прежде всего расширения ее предметной области. Сегодня клиническую психологию уже нельзя рассматривать только как сферу приложения профессионального психологического знания

11

для решения чисто медицинских проблем - проблем, связанных с болезнями и болеющей личностью. Все более значимой областью работы клинического психолога становится его деятельность в сфере профилактики психических расстройств, сохранения и укрепления психического здоровья граждан, продление их жизни и улучшение ее качества.

В связи с этими изменениями в программы курсов клинической психологии, читаемых студентам психологических факультетов, стали включать такие разделы, как «психопрофилактика», «психогигиена», «охрана психического здоровья», «психологическое консультирование», «психологическая коррекция», «психологическая терапия» и др. Это вполне закономерное явление, однако количество разделов, которые в принципе могут быть включены в курс клинической психологии, настолько велико, что осветить их в одной книге сколько-нибудь подробно не представилось возможным. Поэтому она включает три основных раздела: «Введение в клиническую психологию», «Психосоматика» и «Патопсихология».

На наш взгляд, знание именно этого материала необходимо каждому психологу, независимо от его специализации. Что касается студентов, выбирающих клиническую психологию в качестве своей специализации, то им, как правило, читаются дополнительные курсы. В нашем университете это «нейропсихология», «психология аномального онтогенеза», «специальная психология и коррекционно-педагогика», «психологическое консультирование», «современные психотехники», «психопрофилактика и психогигиена», «основы профориентации и трудовой реабилитации» и др., краткое освещение которых читатель найдет в заключении к данному изданию.

Отбирая учебный материал, мы опирались на работы преимущественно отечественных авторов, внесших свой вклад в развитие клинической и медицинской психологии: В. М. Бехтерева, Л. С. Выготского, Б. Д. Карвасарского,

12

С. С. Корсакова, В. В. Лебединского, А. Р. Лурии, В. Н. Мясищева, Ю. Ф. Полякова, А. С. Спиваковской, Е. Д. Хомской, Л. С. Цветковой и др. Особо следует выделить классическую монографию Зейгарник Б. В. «Патопсихология», из которой заимствован (с соответствующими ссылками и незначительными редакционными изменениями) материал для одноименного раздела нашей книги, а также практическое руководство В. Д. Менделевича «Клиническая и медицинская психология», использованного нами при написании раздела «Психосоматика».

Автор выражает благодарность своим коллегам и сотрудникам университета за помощь в подготовке книги к изданию: моему ассистенту, к. п. н. И. В. Илларионовой, за предоставленный в наше распоряжение учебно-методический материал к семинарским занятиям; Л. В. Барановой, за помощь по составлению глоссария; к. фил. н. Т. Г. Смирновой, за квалифицированную корректорскую правку текста; Н. В. Поповой, за компьютерную верстку книги. Мы выражаем благодарность также нашим рецензентам: доктору психологических наук, профессору Н. А. Коваль, доктору психологических наук, профессору С.Б. Каверину, доктору медицинских наук, профессору Э. А. Османову, за ценные

советы по улучшению структуры и содержания книги.

Раздел I

ПРОГРАММА КУРСА «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ» (для специальности «Психология»)

1. Учебный план дисциплины

№	Содержание	3 семестр	4 семестр	Всего
1.	Число недель в семестре	18	13	31
2.	Число часов в неделю			
3.	Форма аттестации (зачет — «З», экзамен —	«Э»		
Всего учебных часов по дисциплине (час):				
4.	Лекций	36		36
5.	Практических занятий	36		36
6.	Лабораторных занятий	18		18
7.	Аудиторных занятий	90		90
8.	Индивидуальных занятий	-		-
9.	Самостоятельной работы	90		90
Общий объем часов по дисциплине		180		

2. Тематический план курса

	Наименование тем курса	Виды занятий				
		лек.	прак.	лаб.	инд.	сам.
1.	Клиническая психология как отрасль психологической науки и как вид практической деятельности психолога. Предмет	4				4
2.	История зарождения и становления		2			2
3.	Предмет клинической		2			2
4.	Теоретические задачи клинической		4			4

№	Наименование тем курса	Виды занятий					
		лек.	прак.	лаб.	инд.	сам.	Всего
5.	Практические задачи клинической		2			2	4
6.	Теоретические основы и методологические принципы		2			2	4
7.	Нейропсихология		4			4	8
8.	Проблемы нейропсихо-		2			2	4
9.	Психосоматика	2	2			4	8
10.	Психосоматические реакции при акушерской и гинекологической	2				2	4
11.	Терапевтическая, эндокринная и неврологическая патология: сомато-	2				2	4
12.	Психологические особенности больных при хирургических	2				2	4
13.	Патопсихология	2	2			4	8
14.	Психологические проблемы		2			2	4
15.	Нарушения сознания	2	2			4	8
16.	Нарушения	4	2			6	12
17.	Нарушения памяти	2	2			4	8
18.	Нарушения	4	2			6	12
19.	Расстройства эмоциональной	2				2	4
20.	Нарушения развития	4				4	8
21.	Нарушения эмоционально-		2			2	4
22.	Нарушения речи		2			2	4
23.	Психология девиантного	4				4	8
24.	Экспериментальные методы клинической			18		18	
Всего по дисциплине за		36	36	18		90	180

КУРС ЛЕКЦИЙ

ЧАСТЬ 1 КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ КАК НАУЧНАЯ ДИСЦИПЛИНА И КАК ОБЛАСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА

ЛЕКЦИЯ 1 ОБЩЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

План лекции:

1. Различные подходы к содержанию и определению медицинской и клинической психологии.
2. Предмет медицинской психологии.

1. Различные подходы к содержанию и определению медицинской и клинической психологии

Содержание медицинской психологии, ее место и объем до сих пор по-разному понимаются специалистами и столь же неоднозначно освещены в учебниках. Общим является лишь то, что медицинская психология, по мнению авторов, занимает область, пограничную между медициной и психологией. При этом она изучает проблемы медицины в психологическом аспекте и методами психологии.

В большинстве стран (например, в США) употребляется понятие клинической психологии, а не медицинской, куда включаются: психотерапия, психодиагностика, консультативная помощь, психогигиена, психологическая реабилитация, разделы дефектологии и психосоматика.

16

Мы склонны придерживаться мнения К. К. Платонова, согласно которому клиническая психология является частью медицинской психологии. Клиническая психология в его представлении имеет прикладное значение и отвечает потребностям клиники: психиатрической, неврологической, соматической. В медицинскую психологию К. К. Платонов включал, помимо клинической психологии, также психогигиену и психопрофилактику (рис. 1).



Рис. 1. Структура медицинской психологии по К. К. Платонову.

На рисунке можно проследить направленность разделов клинической психологии на конкретные клиники:

- на психиатрическую клинику - патопсихология;
- на неврологическую - нейропсихология;
- на соматическую - психосоматика.

В зависимости от характера решаемых задач существуют три самостоятельных определения клинической психологии,

1. *Клиническая психология* - это область профессиональной деятельности психологов, направленная на охрану и укрепление здоровья населения. Здесь психологические знания, навыки и

17

методы используются в целях профилактики заболеваний, постановки диагноза, преодоления болезней, восстановления здоровья и социально-трудовой адаптации больных.

2. *Клиническая психология* - это область психологической науки, изучающая частные и общие закономерности нарушений и восстановления психической деятельности при разных патологических состояниях и аномалиях развития. Указание на роль клинической психологии в решении общепсихологических проблем содержится в третьем определении.

3. *Клиническая психология* - это область теоретической психологии, решающая фундаментальные психологические проблемы на моделях патологии психики, в условиях измененной, нарушенной психической деятельности.

2. Предмет медицинской и клинической психологии

В нашей стране клиническая психология сформировалась в последние десятилетия в результате интеграции ряда дисциплин, смежных, но имеющих разную историю и проблематику. Прежде всего это признанные всем мировым психологическим сообществом такие области психологии, как *нейропсихология* и *патопсихология*, а также сформировавшиеся несколько позже психология телесности (*психосоматика*), психология *аномального онтогенеза*, *психологическая коррекция*, *психология здоровья*.

В рамках этих дисциплин клиническая психология изучает общие и частные закономерности изменений и восстановления психической деятельности при различных патологических состояниях и аномалиях развития, роль психических факторов в возникновении и преодолении различных недугов, в укреплении здоровья.

Подобно тому, как общая психология изучает психику вообще, а дифференциальная психология изучает психику данного конкретного человека, так и в медицинской психологии по направленности психологических исследований (на выявление общих закономерностей либо на особенности конкретного больно-

18

го) выделяют общую и частную медицинскую психологию. Каждая из них имеет свой предмет и применяет присущие ей методы. *Общая медицинская психология* включает следующие разделы:

- 1) особенности психики больного человека (временно измененной и болезненной), психологию врача (медицинского работника), психологию общения врача и пациента, психологическую атмосферу лечебно-профилактического учреждения;
- 2) психосоматические и соматопсихические взаимовлияния;
- 3) психологию индивидуальных различий (темперамент, характер, личность), их эволюцию (включая детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), аффективно-волевые процессы;
- 4) медицинскую деонтологию, включающую вопросы вра

чебного долга, этики, врачебной тайны;

5) психогигиену, психологию медицинских советов и консультаций, психологию семьи, психогигиену лиц в кризисные периоды их жизни. Психологию брака и половой жизни. Психогигиеническое обучение, психотренинг взаимоотношений врача и больного;

6) общую психотерапию.

Частная медицинская психология, как уже отмечалось, изучает конкретного больного, а именно:

1) особенности психических процессов у психически больных;

2) психику больных на этапах подготовки, выполнения хирургических вмешательств и в послеоперационный период;

3) особенности психики больных, страдающих различными заболеваниями: сердечно-сосудистыми, инфекционными, онкологическими, гинекологическими, кожными и др.;

4) психику больных с сенсорными дефектами (слепота, глухота и т. п.);

5) особенности психики больных при проведении трудовой, военной и судебной экспертиз;

6) психику больных, страдающих от алкогольной и наркотической зависимости;

7) частную психотерапию.

Библиографический список

1. Баников В. М., Гуськов В. С., Мягков И. Ф. Медицинская психология. М., 1967.
2. Гройсман А. Л. Медицинская психология. М., 1998.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1999.
4. Карвасарский Д. Б. Медицинская психология. Л., 1982.
5. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1983.
6. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
7. Программа курса «Клиническая психология». Тамбов, 2000.
8. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия: Пер.

- с нем. /
Под ред. К. П. Кискер, Г. Фрайнбергер и др. М.,
1999.
9. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методы
патоп
сихологии. М., 1998.

ЛЕКЦИЯ 2

Психолог в клинике

План лекции:

1. Психологический аспект заболевания (понятия
здоро
вья и болезни).
2. Задачи и функции клинических психологов.
 - 2.1. *Виды психопрофилактических задач.*
 - 2.2. *Различные виды клинико-психологической
диагностики.*
 - 2.1. *Виды экспертных задач, решаемых
клиническими пси
хологами.*
 - 2.2. *Психотерапевтические, коррекционные и
реабилита-
ционно-восстановительные задачи.*
3. Виды психологических служб, в которых
работают кли
нические психологи.

20

1. Психологический аспект заболевания (понятия здоровья и болезни)

Как уже отмечалось, клиническая психология является не только фундаментальной наукой, но и областью профессиональной деятельности психологов, направленной на повышение психических ресурсов человека и его адаптационных возможностей, на гармонизацию психического развития, охрану здоровья, преодоление недугов и психологическую реабилитацию.

По определению Всемирной организации
здоровья (ВОЗ):

*«Здоровье — это ощущение нашего
физического, душевного и социального
благополучия, а не только отсутствие болезней
или физических дефектов»* (ВОЗ. Основные
документы, XXIX изд. Женева, 1968).

*Болезнь - это отражение неблагоприятного,
взаимообусловленного влияния на человека
телесных, психических и социальных факторов.*

При таком понимании болезни очевидно, что
успех лечения зависит не только от характера

медикаментозных воздействий, но и от динамики отношения больного к своему заболеванию. Поэтому всякое лечение с необходимостью включает рассмотрение психологического аспекта болезни и требует присутствия психолога в любой из клиник, наряду с другими участниками лечебного процесса (рис. 2).

Клинические психологи решают многообразные практические задачи в разных сферах жизнедеятельности (здравоохранение, народное образование, юриспруденция, социальная помощь населению). В центре внимания клинической психологии — человек с душевными «болями» и проблемами, с трудностями адаптации и самореализации, связанными с состояниями его здоровья. Психологическая диагностика, экспертиза, реабилитация и коррекция являются необходимыми составляющими современных комплексных мер профилактики и преодоления не только заболеваний, но и различных дезадаптивных состояний человека.

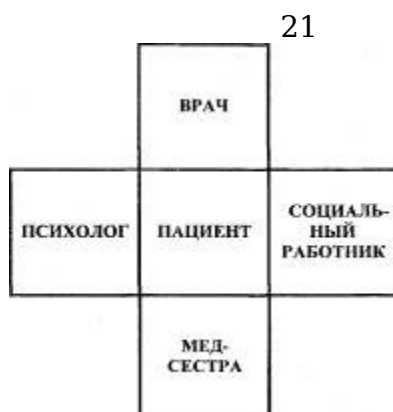


Рис. 2. Субъекты лечебного взаимодействия.

Психология в медицине занимается широким кругом проблем и решает следующие 4 типа задач:

- психопрофилактические;
- психодиагностические;
- экспертные;
- психотерапевтические и реабилитационно-восстановительные.

Остановимся на их характеристике.

2. Задачи и функции клинических психологов

Вопрос о задачах и функциях - это по сути

вопрос о компетенции клинического психолога:

1. Что делать?
2. Что планировать?
3. За что браться?

2.1. Виды психопрофилактических задач

Первичная профилактика - это система общегосударственных мер по укреплению здоровья населения. Роль психологов здесь состоит в разработке психологических основ пропаганды и внедрения здорового образа жизни, в преодолении безответственности за свое здоровье, в формировании культуры здоровья.

Вторичная профилактика - это работа с группами повышенного риска заболеваемости. Роль психологов состоит в выявлении и помощи группам риска заболеваемости нервно-психическими болезнями, психосоматическими недугами, пограничными расстройствами, наркоманией, аномалиями развития.

Третичная профилактика - это помощь переболевшим людям в целях предупреждения рецидивов болезни, декомпенсации и инвалидизации. Роль психологов предусматривает консультативные, восстановительные и коррекционные формы профилактической деятельности.

2.2. Различные виды клинико-психологической психодиагностики

Диагностика — это наиболее распространенная функция клинических психологов. Различают следующие шесть видов психологической диагностики в клинике:

Клинико-нозологическая диагностика как первый вид психологического диагноза в психиатрической клинике.

Топическая психологическая диагностика - синдромный нейропсихологический анализ в клинике локальной патологии мозга.

Личностная (типологическая) диагностика групп повышенного риска психосоматических, нервно-психических заболеваний и пограничных расстройств.

Функциональная диагностика применяется в специальных экспертных задачах, для оценки психического состояния, терапевтического эффекта и т. д.

Диагностика уровня психического и умственного развития детей и подростков при разных вариантах аномального развития.

Диагностика в целях психологической коррекции - это выявление психологических

факторов риска, опора для выбора коррекционных программ, оценка эффективности психологического воздействия.

2.3. Виды экспертных задач, решаемых клиническими психологами

При врачебно-трудовой экспертизе (учет нарушенных и сохранных компонентов психической деятельности; соотнесение психологического статуса с профессиограммой и психологическими требованиями той или иной профессии).

В условиях военно-медицинской экспертизы (пригодность к воинской службе, выбор рода войск и др.).

При проведении судебно-психологической, психолого-психиатрической и психологической экспертиз (диагностика психических состояний, характерологических и личностных особенностей, темперамента и т. д.).

Психолого-педагогическая экспертиза с целью прогноза развития ребенка и рекомендации форм обучения и коррекции психики.

Примечание: Общие принципы и специфика участия клинических психологов в решении разных экспертных задач будут показаны на примере судебно-психологической экспертизы в другом курсе.

2.4. Психотерапевтические, коррекционные и реабилитационно-восстановительные задачи

Существует достаточно большое количество психотерапевтических методик и техник. Наиболее известными среди них являются психоанализ, гуманистическая терапия, психодрама, поведенческая терапия, гештальттерапия, психосинтез, NLP и др. Все они вышли из клиники и связаны с именами таких вы-

24

дающихся клинических психологов и психиатров, как Фрейд, Адлер, Юнг, Хорни, Фромм, Франкл, Роджерс, Маслоу и др. Каждую из названных выше психотерапевтических методик и техник можно применять в психологической практике, однако следует различать два значения понятия «психотерапия»: *медицинское*, понимаемое как излечение болезненных состояний, и *психологическое* как облегчение, снятие «психологической боли».

Например, часто сопутствующие шизофрении такие болезненные состояния как бред, снижение энергетического потенциала и др. - это забота

врача, объект психотерапевтического и медикаментозного лечения, а эмоциональные состояния, личностные расстройства и особенности познавательных процессов больше относятся к компетенции психолога. Поэтому психолог в психиатрической клинике занимается в основном психодиагностикой и психологической коррекцией.

По определению *психологическая коррекция* - это специальные методы исправления черт личности, относимых к психологическим факторам риска заболеваемости (повышенная тревожность, низкая стрессоустойчивость, слабый тип ВНД, акцентуированность и др.) с целью профилактики нервно-психических расстройств и психосоматических недугов.

Таким образом, медицинская психотерапия - это прерогатива врача, психологическая коррекция - прерогатива клинического психолога.

Кроме того, клинический психолог принимает участие в социально-трудовой адаптации и реабилитации больных. При этом под социально-трудовой реабилитацией статуса больного понимается система комплексных мероприятий медицинского, психологического и социально-экономического характера.

3. Виды психологических служб, в которых работают клинические психологи

Итак, в области здравоохранения клинические психологи участвуют в решении широкого круга задач, работая во всех типах лечебно-профилактических учреждений, начиная с онколо-

25

гической, кардиологической, хирургической клиник, вплоть до стоматологических учреждений, где тоже требуется участие психолога в связи с «устрашающим» эффектом зубокабинета.

Клинические психологи активно включаются в решение круга общегосударственных задач охраны психического здоровья подрастающего поколения, работая в детских дошкольных заведениях, в школах, в детских санаториях-профилакториях, в интернатах для детей с задержкой и недоразвитием психики, в Центрах коррекционной и лечебной педагогики, в службах семьи и детства.

Все более активно клинические психологи привлекаются для работы в службах социальной защиты населения. Сегодня их можно встретить в центрах занятости, службах по подбору кадров, учреждениях социальной помощи населению, экспертных учреждениях, службах планирования семьи, в УВД и исправительно-трудовых колониях, центрах психологической помощи жертвам

насилия, социальных, стихийных и природных катастроф, в службах кризисных состояний и многих других.

Созданы специальные службы, где работают клинические психологи. К ним относятся:

1. Психологическая служба в системе психиатрической помощи населению.

2. Нейропсихологическая служба в неврологии и нейрохирургии.

3. Психологическая служба в соматических клиниках: хирургической, терапевтической, онкологической, гинекологической и др.

4. Психологическая служба помощи детям и семьям с аномалиями детского развития.

5. Стационарная и поликлиническая психологическая помощь.

6. Психологическая служба в органах УВД и исправительных колониях.

7. Служба «кризисных состояний» в МЧС.

26

Кроме того, клинические психологи работают:

1) в системе наркологической помощи; 2) в психотерапевтических кабинетах; 3) в системе психологического консультирования.

Библиографический список

1. Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г. Психология больного. Л., 1980.
2. Конечный З. Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1984.
3. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
4. Творогова Н. Д. Практикум по психологии. М., 1997.

Часть 2 ПСИХОСОМАТИКА

Лекция 3 Общая психосоматика

План лекции:

Вводные замечания.

1. Психосоматические корреляции.
 - 1.1. *Психогенные реакции.*
 - 1.2. *Психосоматические заболевания.*
2. Соматопсихические корреляции.
 - 2.1. *Понятие внутренней картины болезни.*
 - 2.1. *Влияние социально-конституциональных факторов на концепцию болезни (пол, возраст, профессия).*
 - 2.2. *Влияние индивидуально-психологических факторов на концепцию болезни (темперамент, характер, личность).*
3. Типы психологического реагирования на болезнь.
 - 3.1. *Основания и классификация типов психического реагирования на заболевание.*

27

- 3.2. *Типы реагирования на болезнь без нарушения социальной адаптации.*
- 3.3. *Типы реагирования на болезнь с нарушением социальной адаптации по интрапсихическому варианту.*
- 3.4. *Типы реагирования на болезнь с нарушением социальной адаптации по интерпсихическому варианту.*

Вводные замечания

Психосоматика в традиционном понимании - это раздел клинической психологии, где рассматриваются взаимоотношения души и тела, психического и соматического.

Учение о тесной взаимосвязи самочувствия (соматического чувствования) и психического состояния (тела и души) проходит красной нитью через всю историю медицины (Э. Берн). Именно поэтому Гиппократ говорил о том, что лечить нужно больного, а не болезнь.

Взаимоотношения тела и души двусторонни. С одной стороны, психическое состояние влияет на физическое самочувствие и производит в нем определенные изменения, с другой - всякое физическое состояние (особенно болезненное) имеет свое особое психологическое сопровождение вплоть до болезненных реакций и нарушений. Поэтому различают два вида корреляций: психосоматические и соматопсихические в зависимости от того, что является причиной, а что следствием.

1. Психосоматические корреляции

В ответ на неблагоприятные психические

состояния (подавленность, ревность, скука, тоска, стыд, тревога, чувство вины и др.) у человека могут возникать разные физиологические изменения. Среди них различают психогенные реакции и психосоматические заболевания.

28

1.1. Психогенные реакции

Изменения, возникающие в организме под влиянием психических факторов, называют психогенными. Психогенные факторы могут вызывать следующие; *физиологические реакции* в разных органах и системах организма:

а) в сердечно-сосудистой системе — учащение сердцебиения, изменение кровяного давления;

б) в системе дыхания - его задержку, замедление или учащение;

в) в пищеварительном тракте — рвоту, поносы, запоры, повышенное слюноотделение, сухость во рту;

г) в сексуальной сфере - усиленную эрекцию, слабость эрекции, набухание клитора и секрецию генитальной области, аноргазм;

д) в мышцах - реакции непроизвольного характера: мышечное напряжение, дрожание, тики, судороги;

е) в вегетативной системе - потливость, гиперемия и т. д.

Психогенные реакции, как правило, временны, преходящи, адаптивны.

1.2. Психосоматические заболевания

Психосоматические заболевания — это физические заболевания или нарушения, причиной возникновения которых является аффективное напряжение (конфликты, недовольство, душевные страдания и др.).

Ярким примером психосоматического заболевания является нервная анорексия - одно из самых тяжелых заболеваний в психиатрии, приводящее иногда к летальному исходу. Психогенный компонент играет большую роль в возникновении таких органических заболеваний, как гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, инфаркт миокарда, мигрень, бронхиальная астма, язвенный колит, нейродермит и др.

До сих пор отношение к психосоматическим заболеваниям, их проявлениям и лечению неоднозначно. Представители психоанализа игнорируют органическую патологию, исходя из психотравм детского возраста, и предлагают соответствующую терапию.

Другие исследователи настаивают на комплексном подходе к происхождению и лечению этих заболеваний: групповая и индивидуальная психотерапия, трудотерапия, а также фармакологическое лечение.

Как бы то ни было, *связь функциональных соматических нарушений с чувством подавленности, тревоги, тоски, то есть депрессивными и субдепрессивными состояниями не вызывает ни у кого сомнения*. Поэтому нельзя говорить отдельно о психическом и соматическом в медицине.

«Не может быть психической медицины, касающейся только психики, соматической медицины, касающейся только тела, и психосоматической медицины, касающейся в некоторых случаях того и другого. Есть лишь один вид медицины, - говорит Э. Берн. - и вся она психосоматическая».

2. Соматопсихические корреляции

2.1. Понятие объективной тяжести и внутренней картины болезни

В центре внимания клинического психолога, работающего в соматической (непсихиатрической) клинике, находятся психические реакции человека, страдающего тем или иным расстройством.

Считается, что тип реагирования на соматическое заболевание связан в первую очередь с оценкой пациентом его тяжести. При этом можно говорить о существовании феномена «объективной тяжести болезни» и «субъективной тяжести болезни».

Термины «объективная» и «субъективная» в некоторой мере условны, поскольку нет и не может быть единого для всех и на все времена реестра тяжести болезней. Оценка тяжести заболевания зависит от социокультурных особенностей, уровня разви-

тия медицины. Только при учете равенства этих условий допустимо говорить о том, что некоторые заболевания тяжелее других.

Для терапевта априорно очевидно, что рак желудка тяжелее гастрита; для психиатра несомненно, что шизофрения тяжелее невроза. Следовательно, суицидальное поведение после

постановки диагноза онкологического заболевания может быть расценено как более адекватное («понятное»), чем суицид больного сахарным диабетом.

Однако, с точки зрения психолога, работающего в соматической клинике, более значимой является субъективная оценка пациентом степени тяжести своей болезни. Это и есть главная сфера приложения его усилий.

Субъективное отношение к заболеванию называют также «внутренней картиной болезни», «концепцией болезни», «но-зогнозией».

Отношение к болезни, обладая всеми характеристиками, присущими психологическим отношениям, содержит в себе когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты (или паттерны):

Когнитивный компонент включает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на судьбу больного.

Эмоциональный компонент — это ощущение и переживание болезни и всей ситуации с ней связанной.

Поведенческий компонент включает связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней и выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование, пессимистические установки и пр.).

На выработку субъективного отношения к той или иной болезни оказывают влияние, как правило, многие факторы. В их числе:

1. Вероятность летального исхода.
2. Вероятность инвалидизации и хронификации.
3. Болевая характеристика болезни.

31

4. Необходимость радикального или палиативного лечения, его стоимость.

5. Влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения,

6. Социальная значимость болезни и традиционное отношение к больным в микросоциуме.

7. Влияние болезни на семейную и сексуальную сферы.

8. Влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

Кроме того, в каждом конкретном случае отношение к болезни имеет индивидуально-специфическое своеобразие, которое зависит от ряда социально-конституциональных и индивидуально-психологических особенностей человека.

Под социально-конституциональными параметрами понимается влияние на концепцию болезни пола, возраста и профессии человека; под индивидуально-психологическими — свойства темперамента, особенностей характера и качеств личности (рис. 3).



Рис. 3. Факторы, влияющие на формирование субъективного отношения к болезни.

Каждый из указанных факторов по-своему влияет на концепцию болезни, а потому остановимся на этом подробнее.

2.2. Влияние социально-конституциональных факторов на концепцию болезни

Пол

С болезнью обычно связаны такие неприятные явления, как боль, потеря крови, ограничение подвижности, повреждение (или даже потеря) отдельных органов и др. Мужчины и женщины не всегда одинаково реагируют на эти явления, что и обуславливает некоторые тендерные различия при формировании типа реагирования на болезнь.

К особенностям, имеющим корреляции с полом человека, можно отнести известные факты лучшей переносимости женщинами болевого ощущения, состояний длительной ограниченности или полной обездвиженности.

Этот факт может быть объяснен как психофизиологическими особенностями пола, так и психологическими традициями роли женщины и мужчины в определенных обществах и культурах.

Например, у народов стран Запада считается, что роды связаны с одними из самых сильных болевых ощущений, которые может испытать человек. Вследствие этого формируется определенное отношение к боли, готовность ее испытать и собственно выраженные болезненные ощущения женщин. Противоположное отношение к родам

наблюдается у женщин ряда африканских народностей. Там, ожидая ребенка женщина, продолжает активно физически трудиться, относясь к родам как к обычному явлению, не сопряженному с болевыми ощущениями. Фактически подобная predisposition к болевому ощущению способствует и более легкой переносимости родов.

Наблюдения в травматологической клинике показывают, что когда пациенту приходится находиться в вынужденной позе в течение нескольких месяцев, то мужчины значительно хуже, чем женщины эмоционально переносят длительный период ограничения движений.

К сожалению, в клинике нередки случаи, когда болезнь (или травма) приводят к потере пациентом того или иного органа. В

33

связи с этим в одном исследовании 1000 мужчин и 1000 женщин было предложено квалифицировать в соответствии с их значимостью 12 частей тела. Обе выборки на первое место поставили глаз и руку. Однако выявлены и различия. Мужчины оценили половой член, яички и язык как наиболее важные. Эта оценка не зависела от возраста, лишь у старых людей несколько снижалась оценка половых органов. У женщин оценки оказались менее определенными, лишь у тех, кому было за 70, язык стабильно оказывался на первом месте (S. Wienstein).

Было замечено, что ценность отдельных телесных качеств может изменяться также под влиянием общественных процессов. Так, у японок во время второй мировой войны в образе тела полностью обесценилась грудь, а идеальной считалась плоская грудная клетка (женщины носили мужскую военную форму). Однако после войны под влиянием западной культуры образ тела радикально изменился, и в 50-х годах японские женщины стремились иметь грудь «голливудских» размеров.

Возраст

Известно, что для каждой возрастной группы существует свой реестр тяжести заболеваний — своеобразное распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести.

Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делает его непривлекательным. Связано это с системой ценностей, расстановкой приоритетов, имеющихся у молодого человека, для которого наивысшую ценность приобретает удовлетворение основополагающей потребности - «удовлетворенность собственной внешностью». Таким образом, наиболее тяжелые

психологические реакции могут вызывать болезни, не носящие с медицинской точки зрения угрозы для жизни. К ним относятся любые болезни, негативно, с точки зрения подростка, изменяющие внешность (кожные, аллергические), калечащие травмы и операции (ожоги). Ни в каком другом возрасте не наблюдается столь тяжелые психологические реакции человека на появление у него на коже лица

34

фурункулов, прыщей, веснушек, родимых пятен, бледности и т. п.

Ярким примером отражения повышенной психологической значимости внешности для самоутверждения подростка и молодого человека и реагирования его на внешнюю непривлекательность, связанную с болезнями, может служить существование только в данной возрастной группе такого психопатологического синдрома, как дисморфомания.

Дисморфомания — это ложная убежденность человека (чаще девушки) в наличии у него уродства.

Ложная убежденность, как правило, распространяется на оценку полноты или диспропорций тела. Многие девушки-подростки считают, что окружающие обращают на них внимание и даже «подсмеиваются» в связи с излишней полнотой. Данное убеждение толкает девушек на поиск способов похудения. Они начинают истязать себя строжайшими диетами, голоданием, тяжелыми физическими упражнениями.

При дисморфоманиях речь идет о тех случаях, когда фактически по медицинским критериям не обнаруживается признаков избытка веса.

Некоторые пациентки, убежденные в том, что у них уродливое, бросающееся в глаза окружающим строение носа, глаз или ушей, ног или рук активно добиваются хирургической коррекции мнимого дефекта.

Лица зрелого возраста психологически более тяжело будут реагировать на хронические и инвалидизирующие заболевания. Это связано также с системой ценностей и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять такие социальные потребности, как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности и пр. Именно удовлетворение подобных потребностей может быть заблокировано появлением любой хронической или приводящей к инвалидности болезни.

Второй повышенно значимой группой заболеваний для зрелого человека считаются так называемые «стыдные» болезни, к которым обычно относят венерические и психические заболева-

ния. Психологическая реакция на них обусловлена оценкой их, не как угрожающих здоровью, а связана с переживаниями по поводу того, как изменится социальный статус и авторитет заболевшего в случае, если об этом станет известно окружающим.

Список «стыдных» заболеваний не исчерпывается венерическими и психическими. К ним могут относиться многие заболевания, носящие оттенок субъективной непрестижности. К примеру, для некоторых людей стыдно болеть (или слыть больным) геморроем, стыдно проводить прерывание беременности (аборт). Существуют группы населения (в первую очередь, люди, занимающие руководящие посты) для некоторых из которых стыдными являются болезни сердца (инфаркт), что связано с ограничением возможности продвижения по службе.

Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми является болезни, которые могут привести к смерти. Инфаркт, инсульт, злокачественные опухоли страшны для них не тем, что могут приводить к потере трудо- или работоспособности, а тем, что ассоциируются со смертью.

Профессия

Человек, особенно зрелого возраста, очень часто оценивает тяжесть болезни, исходя из влияния симптомов заболевания на его настоящую и будущую трудоспособность. Значимым становится профессионально обусловленная ценность того или иного органа.

К примеру, оперный певец может психологически более тяжело относиться к ангине или бронхиту, чем к гастриту и язве желудка. Это связано с тем, насколько существенно влияют симптомы болезни на качество исполнения профессиональных обязанностей.

Для спортсмена или человека, занятого активным физическим трудом, повышенно значимым может оказаться скорее остеохондроз позвоночника, нежели депрессия, а для человека творческой профессии - наоборот.

Вполне вероятно, что машинист башенного крана более остро будет переживать гипертоническую болезнь и церебраль-

ный атеросклероз с симптомом головокружения, чем представители «сидячих» наземных профессий.

2.3. Влияние индивидуально-психологических факторов на концепцию болезни

Темперамент

Темперамент - это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т. е. темпа, ритма и интенсивности отдельных психических процессов и состояний.

К значимым для выработки определенного типа психического реагирования на заболевание параметрам относят такие зависящие от темперамента особенности, как эмоциональность, переносимость боли и обездвиженность.

Известно, что экстраверты и интроверты различно реагируют на боль. По мнению Айзенка, *экстраверты воспринимают все уровни стимуляции (в том числе болевой) менее интенсивно, чем интроверты.*

Нередко порог болевой чувствительности коррелирует с уровнем эмоциональности. В рамках четырех (по Гиппократу) типов темперамента *более низкие болевые пороги у холерика и меланхолика, по сравнению с сангвиником и флегматиком.*

Следующей составной частью темперамента является параметр общей двигательной активности. Отсюда *ограничение подвижности или обездвиженность, вызванные болезнью (прикованность к постели, необходимость соблюдать постельный режим), могут служить психологической фрустрацией для лиц, двигательный режим которых нацелен на быстроту действий, склонность к интенсивным физическим нагрузкам - это прежде всего холерики и сангвиники.*

Характер

Если темперамент - это характеристика того, как человек преимущественно действует, то характер - это ответ на вопрос о том, в каком направлении он действует.

37

Характерологически обусловленное субъективное отношение к болезни формируется главным образом в процессе семейного воспитания. Причем существуют две противоположные семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезням - «стоическая» и «ипохондрическая».

В рамках первой ребенок постоянно поощряется за поведение, направленное на самостоятельное преодоления недугов и плохого самочувствия. Его хвалят, когда он, не обращая внимания на имеющуюся боль, продолжает заниматься тем, чем занимался до ее возникновения.

Противоположна ей «ипохондрическая» семейная традиция нацелена на формирование сверхценного отношения к здоровью. Родителями

поощряется внимательное отношение к состоянию своего здоровья, тщательность в оценке болезненных проявлений, выявление у себя первых признаков заболевания. В семье ребенок привыкает при малейшем изменении самочувствия обращать собственное внимание и внимание окружающих (вначале родителей, а затем воспитателей, учителей, супругов и пр. лиц) на болезненные симптомы.

Семейные традиции определяют своеобразное ранжирование болезней по степени их тяжести. К примеру, к наиболее тяжелым могут относиться не «объективно» тяжелые, а те, от которых чаще всего умирали или которыми чаще болели члены семьи. Вследствие этого, субъективно наиболее значимой болезнью может оказаться гипертоническая болезнь, а не рак или психическое заболевание. Получается, что психологу нелишне знать и «семейный анамнез».

Личность

Среди личностных особенностей, влияющих на формирование субъективного отношения к болезни, в первую очередь следует отметить мировоззрение и философскую позицию по поводу смысла жизни и жизни после смерти. Психологические реакции на заболевание разнятся также у глубоко верующих людей и воинствующих атеистов.

38

Так, первые более адекватно, психологически комфортно относятся к болезням, ведущим к смерти («бог дал, бог взял»). Атеисты же нередко реагируют на появившуюся болезнь, которая может привести к утрате трудоспособности или даже к смерти, обидой. Они начинают искать виновников заболевания, создают вокруг себя враждебную обстановку и сами психологически неадекватно реагируют на болезни.

Выделяется еще несколько мировоззренческих установок в отношении происхождения заболеваний.

Первая связывает причины возникновения болезней с поведением человека, его нравственностью:

- болезнь как кара;
- болезнь как испытание;
- болезнь как назидание другим;
- болезнь как расплата за грехи предков.

При таком подходе подчеркивается пассивная роль индивида. Считается, что он не способен противостоять болезни и у него нет другой возможности, кроме как кардинально изменить свое поведение, искупить вину, замолить грехи, вся его активность будет направлена именно в эту сторону.

Другой мировоззренческой установкой является представление о болезнях, как вызванных наследственными или средо-выми причинами:

- болезнь как неизбежность;
 болезнь как стечение
 обстоятельств;
- болезнь как роковая ошибка.

В рамках этого мировоззрения все процессы в организме (в том числе и происхождение болезней) рассматриваются в русле наследственной обусловленности. Так, многие люди убеждены в том, что «дурная наследственность» является главным фактором в генезе заболеваний. Все, что происходит с человеком, трактуется с точки зрения наследственно-конституциональных факторов («И твой отец так хромал», «Вся в мать - дальноркая»).

Однако существует и противоположная тенденция, которая полностью отрицает значение наследственности и объясняет возникновение болезней исключительно внешними факторами и

39

поведением человека («Говорила тебе — не жуй жвачку — вот и заболел СПИДом»). Обе представленные позиции отражают обывательскую точку зрения, являются крайне стойкими и консервативными.

Позиция «Сам виноват» обычно связана с интернальным «локусом контроля» человека, а «Виновата наследственность» — с экстернальным.

Третья мировоззренческая платформа оценки механизмов происхождения заболеваний базируется на мистическом подходе к процессам патогенеза:

- болезнь вследствие зависти;
- болезнь вследствие ревности.

В рамках подобного подхода источники болезней видятся в предвзятом отношении близких и окружающих (соседей, знакомых, родственников, сослуживцев) к человеку. Процесс возникновения болезней рассматривается как экстраполяция «негативной энергии» ревнующего или завидующего на реципиента.

К особенностям личности, влияющим на выбор типа психологического реагирования на заболевание, относятся и околomedicalные суеверия. Спектр их широк и включает мистическое (иррациональное) истолкование истоков их болезни: «сглазили», «навели порчу», «подействовал энергетический вампир» и т. д. Мистическая концепция болезни носит характер убежденности: пациент не способен критически оценивать свои высказывания и требует от врача не лечения, а «снятия порчи» и тому подобных мистических манипуляций.

К числу личностных параметров, важных для понимания психического реагирования на болезнь,

относится так называемая «антиципационная состоятельность».

Антиципационная состоятельность - это способность больного предвосхищать ход событий, предвидеть поведение окружающих и собственные реакции на течение болезни.

К антиципационной состоятельности относится способность построения программы собственных действий, к примеру, в случае появления тяжелой болезни, которая может изменить обычный жизненный стереотип, привести к инвалидности или

40

смерти. В антиципационную программу включается готовность к любому исходу болезни (худшему, нежелательному или лучшему, желательному). Пациент, обладающий антиципационной состоятельностью, создает несколько программ и готовит себя ко всем. Его размышления носят характер предположений типа: «Что я буду делать, если у меня выявят рак?», «Учитывал!, что у меня возможно тяжелое заболевание, которое не позволит мне в дальнейшем профессионально заниматься моим любимым делом, чем я буду заниматься?» и т. д.

Если пациент не вырабатывает антиципационной программы, нацеливается лишь на один - желанный - исход событий («это не онкологическое заболевание, врачи ошибаются»), то реальный факт болезни может стать для него серьезной психической травмой и вызвать неадекватный тип психологического реагирования на болезнь вплоть до психоза.

Уровень образования человека и уровень его культуры, как личностные свойства, также оказывает влияние на оценку субъективной тяжести болезни. Особо это касается уровня медицинской образованности и культуры. Причем негативными в психологическом отношении оказываются обе крайности: как низкая медицинская культура, так и высокая, которые с одинаковой вероятностью способны вызвать психологически тяжелые реакции. Однако механизмы их будут различаться. В одном случае, это будет связано с недостатком, в другом - с избытком информации о болезнях, их объективной тяжести, течении и исходах.

3. Типы психологического реагирования на болезнь

3.1. Основания и классификация типов психического реагирования на заболевание

Принятая в отечественной клинической

психологии типология реагирования на заболевания создана А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым на основе оценки влияния трех факторов:

1) природы самого соматического заболевания;

41

2) типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера;

3) отношения к данному заболеванию в референтной для больного группе.

Схожие типы реагирования объединены в блоки.

Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы).

Во второй блок входят типы реагирования, приводящие к психической дезадаптации преимущественно с интрапсихической направленностью (ипохондрический, тревожный, меланхолический и апатический).

Третий блок включает типы реагирования с нарушением психической адаптации по интерпсихическому варианту, которое в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных (эгоцентрический, неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный, эйфорический, паранойяльный). В целом классификация типов психического реагирования на заболевание представлена на рисунке 4.

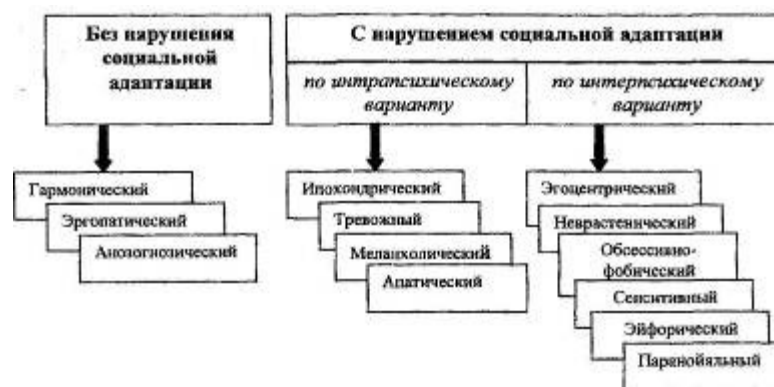


Рис. 4. Типы психического реагирования на болезнь по А. Е. Личко и И. Я. Иванову.

Ниже приводится описание этих типов.

42

3.2. Типы реагирования на болезнь без нарушения социальной адаптации

Гармоничный

Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному.

При гармоничном типе психического реагирования важным является реализм в восприятии симптомов и понимании объективной тяжести заболевания. При этом пациент старается опираться в своих реакциях на известные науке (медицине) факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов и пр. И такие сведения ему можно предоставить.

Эргопатический

«Уход от болезни в работу». При объективной тяжести болезни и страданиях больные стараются во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованиям так, чтобы это не мешало работе.

Поэтому они стараются не поддаваться болезни, активно перебарывают себя, преодолевают недомогание и боли. Их позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами. Такие пациенты часто являются принципиальными противниками лекарств («Я за свою жизнь ни разу анальгетиков не принимал», - с гордостью говорят они).

Анозогнозический

Активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях. Непризнание себя больным. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоя-

43

тельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание «обойтись своими средствами».

Анозогнозия встречается довольно часто. Она может отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей. С другой стороны, за этим может стоять заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни. Активное непризнание себя больным встречается, например, при алкоголизме, поскольку способствует уклонению от лечения.

5.3. Типы реагирования на болезнь с нарушением социальной адаптации по интрапсихическому варианту

Ипохондрический

Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. Переоценка действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться с неверием в успех. Требования тщательного обследования в сочетании с боязнью вреда и болезненности диагностических процедур.

Пациент с ипохондрическим типом реагирования склонен к эгоцентризму. При беседе с любым человеком обращает внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся у него болезненных признаков. Ипохондрик испытывает облегчение, если собеседник относится к нему участливо и сочувственно. При таком типе реагирования появляется склонность к детализации своего самочувствия при описании его врачам или иным слушателям. Мотивом подробного изложения собственных жалоб является страх упустить что-то важное, существенное для понимания специалистом его состояния и правильной диагностики. Негативную реакцию ипохондрика вызывает недоверие к его жалобам со стороны окружающих, их упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства с целью извлечь из этого выгоду.

44

Тревожный

Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск медицинских «авторитетов».

В отличие от ипохондрии, больных больше интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому они предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение тревожное, угнетенное.

Тревожный тип психического реагирования на заболевания является одним из наиболее распространенных. Тревога проецируется в будущее и вызвана часто опасениями, что болезнь надолго и существенно изменит привычный стереотип жизни. Проявлением тревоги может

быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, нацеленность на перепроверку получаемых от врачей сведений о болезни.

Меланхолический или депрессивный

Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все окружающее. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

Меланхолический, или депрессивный тип реагирования на болезнь нередко обусловлен имеющейся у пациента негативной информацией о невозможности излечения от недуга. Нередко он встречается у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе обучения и практики. Нацеленность на худший исход, неспособность видеть и использовать механизмы саногенеза, пессимистическая оценка будущего приводят иногда больных к суицидальным намерениям.

45

Апатический

Апатия в подлинном смысле - это полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению только при настойчивом побуждении извне. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

Собственно апатический, т. е. с утратой интереса ко всему, в соматической клинике встречается крайне редко. Поэтому апатический тип психического реагирования правильнее обозначить как гипопатический. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии. У пациента пропадает интерес и активность в отношении всех сторон жизни за исключением здоровья.

3.4. Типы реагирования на болезнь с нарушением социальной адаптации по интерпсихическому варианту

Эгоцентрический

«Уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы - все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся на себя. В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и

относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

«Бегство в болезнь» нередко используется больными для упреков и шантажа окружающих. Жалобы описываются больными очень красочно, сопровождаются манерной жестикуляцией и выраженной мимикой. Эмоции пациента носят гротескный характер. Поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих, эгоцентрический тип реагирования иногда называют истерическим.

46

Неврастенический

Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, при неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося, а завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения. В последующем — сожаление по поводу причиненного беспокойства и несдержанности.

Неврастенический (правильнее - астенический) тип реагирования является наиболее распространенным и неспецифическим ответом организма и личности на заболевание. Его основой является повышенная раздражительность в ответ на физические явления (яркий свет, громкие звуки, резкие запахи), так и на отношение окружающих. Пациент становится капризным, требовательным. Он ищет ласки, участия, успокоения. Склонен к выражению гнева, если его ожидания в отношении поведения окружающих не оправдываются («Вы специально шумите, хотите меня в гроб свести», «Вам безразлична судьба мамы»).

Обсессивно-фобический, или дисфорический

Тревожная мнительность, которая прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных: осложнений, неудач лечения, плохого исхода, а также возможных (но тоже малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасения волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

Пациент становится суеверным. Он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные знамения (к примеру, расценивает шансы своего излечения в зависимости от того, в каком порядке войдут в его палату врач и

медицинская сестра; от того, троллейбус какого маршрута подойдет к остановке первым). Невротические ритуалы связаны с повышенной тревожностью пациента и носят защитный характер.

47

Сенситивный

Чрезмерная озабоченность пациента возможным неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих информация о его болезни. Опасение, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни о причине и природе заболевания. Боязнь стать обузой для близких и ожидание неблагоприятного отношения с их стороны в связи с болезнью.

Основой сенситивного отношения к болезни является реф-лексивный стиль мышления, ориентация на мнение и оценку у окружающих. В связи с этим существенным становится не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а предполагаемая реакция на информацию о болезни со стороны референтной группы. Такие пациенты склонны к извиняющемуся стилю поведения. Они нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре («Зачем их отвлекать по пустякам») даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечаются робость, застенчивость, повышенная скромность таких пациентов.

Эйфорический

Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «все само собой обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, несмотря на то, что эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.

Эйфорический тип отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья. Больной становится наигранно болтлив, суетлив. Подобное реагирование может носить защитный характер или отражать характерологические особенности человека.

Паранойяльный

Уверенность в том, что болезнь является результатом чего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и

процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Жалобы во все инстанции, обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Паранойяльный (в данном контексте - бредоподобный) тип реагирования отражает мистическую мировоззренческую позицию заболевшего, усматривающего тайный смысл его болезни и причин ее возникновения. Данный тип реагирования возникает преимущественно на базе личностных особенностей.

Библиографический список

1. Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В., Тетенев Ф. Ф. Личность пациента и болезнь. Томск, 1995.
2. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Психологическая диагностика и коррекция в клинике. Л., 1983.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М., 1998.
4. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
5. Тхостов А. ИЛ, Арина Г. А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни. Л., 1990.

Лекция 4

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ АКУШЕРСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

План лекции:

1. Особенности и динамика психического состояния женщин во время беременности.
 1. Предменструальный синдром.
 2. Психические нарушения при бесплодии.
 3. Психология и психопатология климактерия.

1. Особенности и динамика психического состояния женщины во время беременности

Вопрос о психическом состоянии женщины во время беременности на протяжении многих лет

привлекал к себе внимание многих специалистов. При этом отмечается как отрицательное, так и положительное влияние беременности на психику женщины. Беременность может благоприятно влиять даже на различные психические расстройства. Так, Гиппократ, ссылаясь на свой опыт, писал: «Истерическим девушкам я предписываю замужество, чтобы они излечились беременностью».

К сожалению, беременность сказывается на психике женщины не только положительно. Указанное влияние (как положительное, так и негативное) зависит от многих факторов, в том числе и от этапа беременности, в связи с чем клиническому психологу надо знать типичную динамику психологических проявлений у женщин во время беременности.

Обычно в *первые три месяца* (первый триместр) беременная чувствует себя неуверенно, остается амбивалентной в отношении предстоящего материнства. Беременной хочется быть предметом внимания и забот, в то же время она чувствует, что взрослеет, в ней борются две тенденции: инфантильности и взросления. Эта двойственность, часто вызывающая тревогу, может стать причиной смены настроения, не всегда понятной окружающим.

Во *втором триместре* наблюдается относительное спокойствие в состоянии беременной, происшествия довольно редки, осложнения у здоровых женщин - исключение.

Основная черта третьего триместра - «погружение в ребенка». Ребенок становится сред стечением помыслов, интересов и занятий будущей матери. Непосредственно перед родами нарастает тревога, проявлением которой может быть гиперактивность беременной, желающей как бы ускорить события.

Психологические расстройства разной степени выраженности в последнем триместре наблюдается у 60-80 % женщин. Остановимся на них подробнее.

Важной психосоматической проблемой в это время является проблема гестозов. Известно, что у женщин с выраженным нежеланием иметь ребенка чаще наблюдается тяжелая форма токсикоза, в отличие от женщин с желанной и запланированной беременностью. Объясняется это по-разному. Представители зарубежной медицины, пользуясь концепцией символического языка органов (А. Адлер), интерпретируют рвоту беременных как символическое выражение нежелания рожать ребенка. Другие ученые, основываясь на принципах учения З. Фрейда, рассматривают ранние гестозы беременных как следствие «ослабления воли к материнству в связи с развитием цивилизации» или как

«проявление бессознательного отвращения к мужу» (хотите верьте, хотите проверьте. — В. К).

В отечественной медицине большинство авторов ставят феноменологию гестозов в зависимость от психологического состояния (в том числе, характерологического преморбида) беременной. В. М. Воловик выделяет две группы пациенток.

К первой группе он относит женщин с незначительными аффективными нарушениями, проявляющимися в виде раздражительности, вспыльчивости, слезливости и обидчивости. Эти нарушения возникают на высоте гестоза и быстро устраняются вслед за исчезновением рвоты и нормализацией общего состояния. У всех имеется положительная установка в отношении беременности, благоприятная семейная ситуация. Их характеризует гармонический склад личности, реалистический подход к возникающим трудностям. Анализируя причины возникновения гестоза и сопутствующих ему аффективных расстройств у пациенток этой группы, автор приходит к важному выводу о том, что любая беременность, в том числе и протекавшая совершенно нормально, сама по себе всегда является источником большего или меньшего психического напряжения, в силу чего безразличные в прошлом элементы среды и ситуации приобретают иное субъективное значение и могут становиться причиной неадекватных личностных реакций.

51

Во второй группе картина заболевания отличается значительным разнообразием: помимо рвоты и тошноты, здесь часто отмечаются ознобы с гипертермией, головные боли, обмороки, лабильность артериального давления, гипергидроз.

Аффективные нарушения в этой группе встречаются чаще и носят более выраженный характер: у части больных наблюдается тревога, чувство беспредметного страха и беспокойства, возникающих помимо их воли. У многих возникают невротические расстройства и вегетативные нарушения, не свойственные им ранее.

В целом уровень распространенности психических расстройств у беременных колеблется от 6 % до 34 %. Они представлены как донозологическими проявлениями, не нарушающими психофизиологической адаптации, так и клиническими психопатологическими симптомами.

К числу наиболее известных феноменов относится так называемый *феномен пренатальной тревоги*. G. Carlan показывает, что у женщин на

поздних сроках беременности наблюдается отсутствие уверенности в своих силах и страх перед будущим материнством. Перед родами здоровье будущего ребенка волнует подавляющее большинство женщин. При этом у большей части беременных озабоченность состоянием ребенка имеет тенденцию к нарастанию по мере приближения родов. Многие беременные склонны беспокоиться по поводу возможного влияния экологии и лекарств на здоровье ребенка, другая часть женщин озабочена методами обезболивания.

В рамках данного феномена выделяют несколько видов тревоги:

- 1) генерализованная;
- 2) физическая, когда женщина тяжело переносит физические аспекты беременности;
- 3) страх за судьбу плода;
- 4) страх перед необходимостью ухода за новорожденным;
- 5) страх перед родами;
- 6) страх перед кормлением новорожденного;

52

7) тревога по поводу предстоящего родительства (более характерна для пожилых женщин);

8) психопатологические феномены тревоги.

Частота *депрессивных феноменов* различной степени тяжести колеблется от 10 до 14 %, имея тенденции к утяжелению по мере течения беременности. Отмечается выраженная зависимость депрессии от наличия психотравмирующих факторов семейного характера и серьезных опасений, связанных с рождением ребенка.

Наблюдается статистически достоверная зависимость депрессии от следующих психогенных факторов: 1) высокий уровень нейротизма, 2) психиатрически отягощенный анамнез, 3) супружеские конфликты во время беременности. 4) страхи в отношении плода, 5) мысли об аборте в период беременности, 6) курение.

Одним из наиболее тяжелых поведенческих феноменов во время беременности считается «*синдром грубого обращения с плодом*», характерный для больных психопатией возбуждимого круга. Этот синдром отмечается в период относительно поздней беременности (обычно в третьем триместре) и характеризуется агрессией, направленной на плод сам по себе, в отличие от случаев намеренной провокации аборта. Имеется в виду прямое физическое воздействие на плод (удары по передней брюшной стенке) со стороны самих беременных. Подобное агрессивное поведение может отмечаться и у женщин с желанной беременностью.

2. Предменструальный синдром

Клинические симптомокомплексы предменструального синдрома появляются, как правило, за 2-14 дней до менструации и исчезают сразу после того, как она наступит или в первые ее дни.

Характерными для этого состояния являются раздражительность, пониженное, иногда гневливое настроение, плаксивость и слезливость, легкая ранимость, эмоциональная лабильность, на-

53

рушение сна, головные боли и головокружения, неспособность сосредоточиться на выполняемой работе, быстрая утомляемость. Кроме этих симптомов нередко встречается зуд всего тела, тахикардия, разнообразные боли и неприятные ощущения в области сердца, повышение температуры тела, ознобы, нагрубление молочных желез и другие.

В зависимости от количества симптомов, длительности и интенсивности их проявлений предменструальный синдром разделяется на легкую и тяжелую формы.

К легкой форме относятся астенические и астенодепрессивные симптомокомплексы при наличии полной критичности пациенток к проявлениям болезни. При легкой форме предменструального синдрома женщина самостоятельно обращается к врачу, ищет помощи, понимает болезненный характер симптомов заболевания.

При тяжелой форме наблюдается некоторое снижение критичности к болезни и своему поведению (в рамках непсихотического уровня психических расстройств). По мере течения болезни появляются симптомы, затрагивающие личностный уровень реагирования. При этом на передний план начинают выступать эгоизм, придирчивость, демонстративность, желание получить выгоду от своего положения, больные требуют к себе повышенного внимания со стороны родственников, заставляя последних выполнять любые их прихоти.

По словам мужа одной больной, дни перед наступлением менструаций у жены становились «черными днями террора», так как в этот период нельзя было включать телевизор или магнитофон, зажигать яркий свет, надолго уходить из дома. Малейший «неправильный шаг» вызывал бурную истерическую реакцию со стороны жены, считавшей, что все действия родственников направлены на то, чтобы вывести ее «из себя» или «вогнуть в могилу».

Нередко при предменструальном синдроме встречаются *ипохондрические симптомы*, которые могут наблюдаться и при легкой, и при тяжелой

формах. Проявляются они в повышенной мнительности больных за свое здоровье, преувеличении тяжести

54

имеющихся симптомов. При этом некоторые женщины становятся раздражительными, готовыми жаловаться на свое самочувствие «каждому встречному». Следует отметить, что при тяжелой форме предменструального синдрома чаще не сами больные обращаются к врачам, а их родственники. Заметив изменения в поведении женщин, они приводят их на лечение, что может расцениваться последними как оскорбление.

По течению предменструальный синдром разделяется на три типа: компенсированный, субкомпенсированный и декомпенсированный.

К первому типу относятся состояния, при которых симптомы болезни с годами не прогрессируют, т. е. предменструальный синдром течет клишеобразно без добавления новых симптомов или утяжеления старых, уже имевших место. Вне проявлений болезни женщина чувствует себя совершенно здоровой.

К субкомпенсированному типу течения относится предменструальный синдром, проявления которого с годами увеличиваются только по срокам, полностью исчезая в середине или в конце менструального цикла.

Декомпенсированный тип течения предменструального синдрома обуславливает одновременное постепенное утяжеление клинической картины и увеличение сроков проявления болезни. При этом типе течения и после окончания менструаций некоторые симптомы заболевания полностью не исчезают.

Многообразие проявлений предменструального синдрома укладывается в следующие психопатологические симптомоком-плексы: астенический, тревожно-депрессивный, истеро-ипохондрический, дисфорический и смешанный.

Особый интерес представляет дисфорическая форма предменструального синдрома. Еще в конце XVIII века Kraft-Ebing писал: «Очень многие женщины, являясь в промежутке между периодами регул нежными супругами и матерями, милыми хозяйками и приятными собеседницами в обществе, совершенно изменяются в своем характере и обращении, как только регулы у них показались или приближаются. Это как буря - они становятся придирчивыми, раздражительными и сварливыми, порою

55

превращаются в настоящих фурий (Фурия - богиня мщения), которых все боятся и избегают».

Интересен факт, что при судебных

разбирательствах конца прошлого века в некоторых странах женщин, совершивших преступление в менструальный или предменструальный период признавали невменяемыми, что может свидетельствовать о том, что судебные медики расценивали патологическое состояние женщин, связанное с менструациями, как особо тяжелый недуг, приравниваемый, видимо, к психозам.

Диагностика предменструальной дисфории основывается на ведущих симптомах в клинической картине - на психологически немотивированной злобе, раздражительности, гневливости. По прошествии этого периода женщины обычно стыдятся своих выходок, не представляют себе, что могли вести себя так безобразно.

Выявлена связь возникновения дисфорического варианта предменструального синдрома, с сексуальными конфликтами женщины и, в частности, с аноргазмией. Оргазм физиологически представляет собой «разряд», который эмоционально проявляется пароксизмальным ощущением удовлетворенности - «пик-медленная волна» (W. H. Masters, V. E. Johnson, R. G. Heath).

Традиционно считается, что отсутствие оргазма не вызывает никаких патологических расстройств и не приносит женщине дискомфорта. Однако есть основания полагать, что приобретенная аноргазмия клинически проявляется в виде психопатологических симптомов именно в предменструальный период, что связано с тем, что оргастическая способность (возможность) женщины, как правило, увеличивается именно при приближении менструаций. Не исключено, что исчезновение выработавшегося в течение сексуальной жизни и ставшего необходимым эмоционального и физиологического «разряда» преобразовали предоргастическое напряжение в отрицательно окрашенную предменструальную дисфорию.

Установлена связь между психическим состоянием женщин и нарушениями менструального цикла (дисменорея и аменорея). Считается, что психогенная дисменорея встречается, как прави-

ло, у эмоционально нестабильных, тревожных женщин со сниженным настроением. Непосредственной причиной этого синдрома становятся достаточно сильные или слишком часто повторяющиеся разочарования, огорчения. К развитию психогенной дисменореи приводят также «тревожные ожидания очередной менструации» после душевного потрясения или первой менструации, при страхе беременности или аборта или, напротив, при страстном желании забеременеть.

3. Психические нарушения при бесплодии

По определению ВОЗ, бесплодным считается брак, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь без применения противозачаточных средств, у жены не возникает беременность в течение года при условии, что супруги находятся в детородном возрасте.

По мнению многих авторов, психическое состояние бесплодных пациенток может иметь решающее значение в происхождении некоторых форм бесплодия и наоборот.

Мс. Еван выделяет ряд ситуаций, при которых следует ожидать у пациенток развитие психических нарушений при бесплодии. В группу риска входят:

- 1) молодые женщины исповедуют религию, трактующую бесплодие как грех;
- 2) женщины не имеют нормальных отношений с супругом;
- 2) женщины подвергались в течение своей жизни различным стрессам;
- 3) женщины, для которых диагноз infertility - не ожиданность.

В каждом из таких случаев бесплодие может сопровождаться изменением самооценки, образа «Я», социального положения и т. д. Чаще оно влечет за собой нарушение «чувства самостоятельности», изменение «телесного образа», вызывает чувство «личной дефектности», «социальной незаконченности», приводит к потере сексуальной привлекательности.

Нельзя не учитывать и того факта, что многие религиозные группы принимают рождение ребенка как необходимое завершение брака. В связи с этим в социальном окружении рождение ребенка расценивается как выполнение назначения семьи, бездетность же указывает на ее дисфункцию. Воспроизводство рассматривается также как выполнение половой роли: материнство - как выражение взрослости женщины, а отцовство - как выражение взрослости мужчины. Бездетность, наоборот, может свидетельствовать обществу о нарушенных женских генитальных качествах и мужской потенции,

Выделяют несколько этапов эмоционального реагирования на бесплодие (D. L. Rosenfeld и E. Mitchell); удивление, горе, злость, изоляция, отрицание и согласие. Первоначальная реакция удивления сменяется периодом шока и страдания.

Потом к этому прибавляются чувство вины, стыда и социального несоответствия. Ощущение депрессии может «подпитывать» внутренний гнев, который усиливается часто появляющимся вопросом: «Почему я?». Возникающее стремление изолироваться и уменьшить контакты делает подобных больных замкнутыми. Они неохотно идут на контакт с психологом, что осложняет их лечение.

Одним из важных вопросов при диагностике состояния бесплодных пациенток считают оценку их мотивов иметь ребенка. У бесплодных супружеских пар могут существовать мотивы, несколько отличающиеся от традиционных мотивов деторождения. Помимо потребности в заботе о ребенке и ответственности за его воспитание, могут быть и такие мотивы как «удержать мужа», «заполнить пустоту», поддержать семейные традиции и др.

Многие зарубежные исследователи склонны объяснять происхождение бесплодия с точки зрения психоанализа. Некоторые из них пытаются найти причину бесплодия еще в раннем детстве. По их мнению, жесткое ограничение стыдливой системой табу или, напротив, необузданное сексуальное поведение родителей может оказать на ребенка тормозное или деформирующее воздействие. В ходе психосексуального развития эти прямые или косвенные влияния могут выстроить в структуре личности

58

нежелательные схемы, которые позже и становятся причиной «торможения женской роли».

Р. Дж. Пепперел разделяет женщин, страдающих психогенным бесплодием, на 3 основные группы.

В 1-ую группу включены женщины, у которых бесплодие может прекратиться самопроизвольно, а интенсивное обследование легко «может сломать барьер, препятствующий зачатию».

Во 2-ю группу входят женщины с более устойчивой «блокадой» зачатия, возможно происходящей в результате некоторой внешней стрессовой ситуации.

3-ю группу составляют женщины, бесплодие у которых возникло «в результате глубокого и длительного психосоматического напряжения, связанного с наличием психогенных страхов». Причиной тому могут быть установки, сформированные в процессе воспитания, и приводящие к тому, что эти женщины испытывают сильный страх перед беременностью, а бесплодие возникает у них как психологическая защита. У таких женщин возможно наличие конфликта между сознательным желанием забеременеть и неосознанным отказом от беременности и материнства.

Deutshc выделяет *четыре типа женщин, страдающих бесплодием:*

1) незрелые, чувствительные, разборчивые женщины, по-

детски капризные в отношениях с мужем;

2) агрессивно-доминирующие женщины, не соглашающиеся

признавать свою женственность;

3) матереподобные женщины, которые подсознательно чув-

ствуют, что они неспособны скопировать своего мужа в детях и

поэтому переносят свой материнский инстинкт на уход за ним;

4) женщины, посвятившие себя идейным и другим интересам.

Многие исследователи обращают внимание на значение

психических нарушений в происхождении так называемого «бесплодия неясного генеза». Оно может быть диагностировано при условии фертильности партнера, положительном посткоитальном тесте, проходимых маточных трубах, у женщин с регулярными

59

менструальными циклами. По данным Т. Я. Пшеничниковой, составляет от 4 до 40 % от общего числа бесплодия.

4. Психология и психопатология климактерия

Климактерический период в жизни женщины связан с возрастной перестройкой гипоталамической области, приводящей к нарушению цикличности менструаций и прекращению репродуктивной способности. В основе возрастного выключения репродуктивной функции лежит не что иное, как повышение гипоталамического порога чувствительности к регулирующему влиянию половых гормонов.

Считается, что на частоту и выраженность симптомов климакса могут существенно влиять биологические, а также культуральные и социально-экономические факторы. К последним относят: а) социальное значение, которое в определенных этнических группах придается менструации, б) социальное значение бездетности; в) социальное положение женщин в период постменопаузы; г) отношение мужа к своей жене в период постменопаузы (например, как к сексуальному партнеру); д) степень социально-экономической депривации, испытываемой в этот период; е) степень изменения роли женщины в этот период и возможность выполнения ею новых

или альтернативных функции; ж) доступность медицинской помощи в этот период.

До последнего времени проведено очень мало сравнительных исследований с целью изучения отношения и реакций на состояние менопаузы в разных этнических группах. Полученные результаты указывают на резкие различия, обусловленные сложными причинами. Так, женщины, принадлежащие к определенной (и относительно богатой) индийской касте, в период климакса предъявляли меньше жалоб, чем женщины США (М. Flint). Предполагают, что это связано с различиями в положении таких женщин: индийские женщины освобождаются от гнета многих ограничений и приобретают более высокий статус, тогда как американские женщины предвидят потерю своего положения в «ориентированном на молодость» обществе.

60

Как бы то ни было, но неблагоприятные психологические последствия климакса разной выраженности наблюдаются у всех женщин, а потому для клинического психолога актуальным является *вопрос о клинических особенностях физиологического и патологического климакса.*

Большинство авторов *физиологическим* считают климакс, протекающий без выраженных патологических симптомов, с постепенным угасанием менструальной функции без симптомов болезни.

В понятие же *дисгармонично протекающего климакса* включаются два наиболее типичных проявления переходного периода: дисфункциональные маточные кровотечения и «климактерический синдром».

Климактерический синдром. Картина климактерического синдрома укладывается из психопатологических, вегетативных и эндокринных симптомокомплексов. На связь психических отклонений с климаксом указывал П. Малиновский еще в 1855 году: «В то время, когда женщина делается уже неспособной быть матерью, в теле ее совершается переворот... и в этот период женской жизни бывает немало случаев, где дело не обходится без помешательств». И далее: «Когда человек продвинулся за 40 лет, когда он увидел, как разлетелись мыльные пузыри им созданные, когда достаточно испил из чаши жизни и узнал, что нектаром были обмазаны только края, когда самому себе сказал «суета сует», и особенно, если ко всему этому присоединяются уже укоренившиеся беспорядки в отправлениях печени и воротной вены или завалы в других брюшных внутренностях, то весьма естественно, что после этого чаще развивается помешательство уже не бешенное, но ограниченное, мрачное». Это история. А

современность такова.

Рассматривая психическое состояние больных женщин с позиции учения В. Н. Мясищева, М. Э. Телешевская описывает своеобразную перестройку системы отношений личности, связанную с климаксом, подчеркивая, что даже бывшие на протяжении своей жизни активными, энергичными, целеустремленными, выносливыми, достаточно уверенными в себе становятся

61

в этом возрасте мнительными, тревожными, легко ранимыми, неуверенными, нерешительными, сомневающимися во всем.

Условнопатогенными становятся такие проявления климакса, как изменения внешнего облика (седые волосы, снижение тургора кожи, появление морщин). На первый план при этом выступают прогрессирующая вялость, пассивность, равнодушие к тем сторонам жизни, которые совсем недавно представляли интерес и вызвали эмоциональный отклик.

Рассматривая *причины* возникновения невротических симптомов у женщин в климактерическом периоде, В. Н. Мясищев и Е. К. Яковлева установили, что они, в первую очередь, зависят от преморбидных особенностей личности больных. Кроме того, среди пациенток, страдающих климактерическим синдромом, значительно чаще, по сравнению со здоровыми, встречаются одинокие и вдовы.

Большинством ученых-психологов в последние годы подвергается сомнению ведущая роль биологической *предиспозиции* к дисгармоническому течению климакса. Остановимся подробнее на аргументации подобной точки зрения.

В известной работе «Климактерический период - социально-психологические аспекты» U. Lehr задается вопросом: «Является ли климактерический период кризисной ситуацией в наши дни?». И сама комментирует его: «Еще сто лет назад климактерический период, если до него вообще доживали, а не умирали после рождения 6, 7 или 8-го ребенка - означал внезапный конец длившегося до этого времени и основательно использованного репродуктивного цикла. Начало климактерического периода означало для большинства женщин быстро приближающуюся смерть. Сегодня же климактерий начинается в среднем спустя 23,6 лет после завершения рождения последнего ребенка. В наши дни женщина в начале климакса имеет еще впереди 25-30 лет, то есть треть всей жизни. Констатация «начинающегося в этом периоде умирания» несколько преувеличена».

Наиболее характерными причинами психогений в инволюционном периоде, по данным В. Н.

Мясищева и Е. Н. Яковлевой, являются переживания измены мужа, возможный распад семьи

62

в связи с отсутствием детей, реакцией на снижение потенции у мужа и др.

Климактерический синдром, как правило, бывает представлен четырьмя клиническими вариантами: астеническим, ипохондрическим, тревожно-депрессивным и истерическим.

Женщины с благоприятной микросоциальной обстановкой (благополучная семья, заботливые дети, внуки) переживают климактерический период относительно благополучно, «нейтрализуя» значимость климакса с помощью переключения интересов на семью или иную деятельность.

Если же в переходном возрасте у женщины остается много нерешенных проблем, это определяет ее отношение к климаксу как к катастрофе. В таком случае климакс представляет собой особо значимое явление, отражая стержневую сторону переживаний, вызывающих в поведении женщин разительные метаморфозы. У женщин, которые стараются «защититься» от старения, часто развиваются гиперкомпенсаторные реакции, вытекающие из «протеста» (например, чрезмерная забота о собственной внешности, повышенный интерес к косметическим средствам и т. п.).

Выявлено, что в этот возрастной период при патологическом течении климакса наиболее значимым для большинства женщин становится развод, который приводит иногда даже к психотическим нарушениям. В то время как другие психотравмирующие ситуации, провоцирующие нарушения психологической адаптации у женщин в раннем возрасте, в климаксе не всегда оказываются патогенными. Так, парадоксальным, на первый взгляд, кажется установленный факт, что такая объективно значимая для любой матери психическая травма, как смерть ребенка, для женщин с патологически текущим климаксом становится менее значимой, чем развод с мужем.

Библиографический список

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М., 1993.

63

2. Антонян Ю. М., Гульдан В. В. Криминальная патопсихология. М., 1991.
3. Имелинский К. Сексология и сексопатология. М., 1986.
4. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская

- психология.
М., 1984.
5. Менделевич В. Д. Гинекологическая психиатрия. Ка
зань, 1996.
 6. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психоло
гия. Практическое руководство. М., 1998.
 7. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на
психику. М., 1987.
 8. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматиче
ские расстройства. М., 1986.
 9. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-
психические рас
стройства. М., 1987.

ЛЕКЦИЯ 5

СОМАТОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

План лекции:

1. Особенности и динамика реагирования больного на зло
качественные новообразования.
2. Влияние этапа онкологического заболевания на
психику
больного.
3. Влияние характерологического преморбида на
патогне
зис психических нарушений при
онкологической пато
логии.
4. Влияние личности больного на вероятность
возникно
вения и протекание онкологического процесса.
5. Специфика психологических феноменов при
онкологи
ческих заболеваниях разной локализации.

1. Особенности и динамика реагирования больного на злокачественные новообразования

Психические расстройства различной степени
выраженности (от психологических
донозологических реакций на диагноз и прогноз
заболевания до острых психозов) при
онкологической патологии - явление довольно
распространенное.

Онкологический процесс выступает для
психической деятельности в двух важных аспектах.

С одной стороны (психогенной), диагноз заболевания раком, традиционно причисляемого к группе неизлечимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму, способную сформировать психические нарушения психогенно-реактивного характера.

С другой стороны (соматогенной), онкологическая патология может рассматриваться как крайний, один из наиболее тяжелых в соматическом плане факторов, с комплексом психической и физической астении, истощением, существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства.

К тому же, если онкологический процесс локализуется в гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах, то велик риск развития так называемого психоэндокринного симптомо-комплекса со специфическими клиническими проявлениями.

Оперативные (хирургические) вмешательства в онкологической практике являются одними из основных этапов терапии, вследствие этого они выступают дополнительными фактором, влияющим на психопатологическое симптомо- и синдромообразование. В ходе оперативного вмешательства существенную роль для психики могут играть как сопутствующие ему анестезиологические манипуляции и возможность непосредственного патогенного воздействия их на деятельность мозга, так и психологическая значимость радикальных хирургических операций с удалением органа или формированием определенного косметического дефекта.

65

Вследствие суммирования перечисленных патогенных факторов у онкологически больных резко возрастает риск тяжелых психических расстройств и суицидальных тенденций.

Выделяют *пять фаз реагирования* на злокачественные новообразования и рак (Kubler-Rose):

1 фаза (анозогностическая) появляется вслед за первым предположением о наличии у пациента злокачественного новообразования. Она характеризуется отрицанием больным наличия у него онкологической патологии, преуменьшением тяжести его состояния, анозогнозией, убежденностью, что диагноз является ошибочным.

2 фаза (дисфорическая) наступает после подтверждения диагноза и проявляется бурным протестом,

дисфорией, склонно
стью совершать какие-либо агрессивные действия
в отношении
окружающих или себя (например, суицидальные).

3 фаза (аутосуггестивная) характеризуется
принятием фак
тов о наличии у пациента злокачественного
процесса и необхо
димости длительного и интенсивного лечения в
сочетании с
«ведением торга» - «главное, чтобы не было
болей».

4 фаза (депрессивная) наступает после
длительного периода
терапии и проявляется постепенной утратой
надежды на выздо
ровление, появлением пессимизма, подавленности и
пассивности.

5 фаза (апатическая) появляется на последних
этапах забо
левания и выражается «примирением» больного с
судьбой, при
нятием летального исхода и сопровождается
безразличием по
отношению к внешним и внутренним процессам.

Частота и выраженность психических реакций
на онкологическую патологию зависят также от
этапа заболевания, индивидуально-
психологических особенностей больного
(характерологических и личностных), от
локализации болезненного процесса, к
рассмотрению которых мы далее и переходим.

2. Влияние этапа онкологического заболевания на психику больного

Установлено, что психологические и
психопатологические особенности при
онкологической патологии зависят от этапа
основного заболевания. Е. Ф. Бажин и А. В.
Гнездилов выделяют следующие шесть этапов:

- 1) поликлинический (диагностический);
- 2) этап «поступления в клинику»;
- 3) предоперационный (предлечебный);
- 4) послеоперационный;
- 5) этап выписки из стационара;
- 6) катamnестический
этап.

Рассмотрим их по
порядку.

1. Для поликлинического (диагностического) этапа, начинающегося с первых контактов больного с онкологической службой, и даже раньше - с момента направления больного к онкологам для осмотра и решения вопроса о госпитализации, характерным считается тревожно-депрессивный синдром. По данным Е. Ф. Бажина и А. В. Гнездилова, его частота составляет 56 %. При этом типичными являются следующие реакции: общее беспокойство, выраженная тревога, ощущение полнейшей безнадежности и бесперспективности существования, мысли о неизбежности скорой и мучительной смерти.

У тех пациентов, преморбид которых отличается чертами активности, в клинической картине обычно преобладают тревога и страх, в то время как у пассивных, астеничных субъектов на первый план выступает депрессивная симптоматика.

Второе место по частоте возникновения на «диагностическом» этапе принадлежит психогении, выражающейся в развитии дисфорического синдрома, проявляющегося в тоскливо-злобном настроении. Больные становятся мрачными, раздражительными, иногда без малейшего повода проявляют вспышки ярости, гнева, злобы, которые могут сопровождаться агрессией, направленной на ближайшее окружение (семью, сотрудников по работе, а также медицинский персонал).

67

Третье место по частоте возникновения принадлежит тревожно-ипохондрической и астено-ипохондрической симптоматике. Первая из этих реакций характеризуется тревожным напряжением с постоянной фиксацией внимания на самочувствии, в особенности на ощущениях. Больные все время ищут и «находят» особые «неполадки» в организме, обычно ссылаясь при этом на какие-то неотчетливые, неопределенные ощущения, которые ими интерпретируются как катастрофически быстрое распространение опухоли по всему телу, безнадежная запоздалость диагностики и т. п.

2. На этапе «поступления в клинику» происходит некоторое снижение тяжести (интенсивности) переживаний. Это в существенной мере связано с построением компенсаторной системы психологической защиты типа: «Я болен, возможно, у меня даже рак, но теперь, я нахожусь в специальной больнице под наблюдением квалифицированных врачей, которые сделают все, чтобы мне помочь».

3. На предоперационном (предпечечном) этапе наблюдается резкий подъем интенсивности психогенных переживаний. В рамках тревожно-депрессивного синдрома преобладающим становится страх возможной гибели в процессе операции. Иногда на этом этапе наблюдаются параноидные расстройства в виде «бредоподобных идей преследования и отношения».

4. На четвертом, «послеоперационном» этапе снижается степень выраженности всех отрицательных переживаний больных и происходит своеобразное «психологическое облегчение», а преобладающим психопатологическим синдромом становится астено- ипохондрический.

5. Этап выписки из стационара не имеет выраженных специфических психопатологических феноменов.

6. На катамнестическом этапе около двух третей пациентов имеют особые нарушения психического состояния. Внешне они проявляются как стремление к самоизоляции. Отношение к привычным и прежде любимым развлечениям становится резко негативным. Попытки со стороны близких людей как-то «расшевелить» больного, как правило, не имеют никакого успеха.

68

Особенно отрицательное отношение вызывают те ситуации, которые связаны с сильными эмоциональными переживаниями. Утрачивается интерес и к внутрисемейным делам. В переживаниях больного постоянно звучат депрессивные ноты, связанные не только с наличием онкологического заболевания, но и его последствиями - инвалидизацией, утратой привлекательности и т. п. Особенно болезненными являются переживания, относящиеся к интимной сфере, в связи с чем больному необходима семейная поддержка.

Роль семейной поддержки возрастает в случаях появления у онкологически больных психологических проблем и психических расстройств. Купирование психопатологических симптомов и синдромов и адаптация больных к новому для них статусу онкологически больного эффективнее проходит в семьях с благоприятными отношениями.

Причем лица, получающие химиотерапию,

нуждаются в более теплом отношении со стороны членов семьи, по сравнению с пациентами, перенесшими оперативное вмешательство по поводу опухолей. При мастэктомии у женщин существенна роль психологической помощи со стороны мужа.

3. Влияние характерологического преморбиды на патогенез психических нарушений при онкологической патологии

Из социально-психологических факторов, влияющих на выраженность психических переживаний и патогенез психических нарушений при онкологической патологии, важным является характерологический преморбид.

Группе «синтонных» лиц, отличающихся в преморбиде такими чертами как сердечность и обаятельность, при заболевании раком характерны относительно адекватные формы психогений - астено-депрессивные и астено-ипохондрические реакции, которые, как правило, не достигают значительной степени выраженности. Эти больные весьма чувствительны к психотерапевтическому вмешательству и сравнительно легко адаптируются к новой роли.

69

У тех пациентов, у которых в преморбиде отмечаются *«циклоидные» черты*, психогенные реакции сходны с реакциями синтонных, отличаясь лишь большей глубиной и стойкостью.

В группе «шизоидных» пациентов, характеризующихся до болезни чертами замкнутости, отгороженности, сдержанности, преобладанием интеллектуализированных интересов, при развитии психогенных реакций на онкологическое заболевание отмечается склонность к образованию сверхценных и бредоподобных идей, аутизации, самоизоляции, суицидальных тенденций.

От группы «возбудимых» пациентов, в преморбиде которых наблюдались вспыльчивость, взрывчатость, импульсивность, вязкость, мелочность и педантичность, в условиях хронической болезни можно ожидать реакции в виде раздражительности, озлобленности, агрессивности.

4. Влияние личности больного на вероятность возникновения и протекание онкологического процесса

Г. Айзенк в работе «Рак, личность и белки» приводит данные о связи личности с возникновением или предотвращением рака. Риск развития рака, по его мнению, связан с такими особенностями личности, как эмоциональная

лабильность, экстраверсия, аномальное выражение эмоций (чрезмерное подавление чувств), а также депрессия и безнадежность. Как полагает Айзенк, тревога и нейротизм, способствуя укреплению защитных сил организма, защищают от рака. Острый стресс, наоборот, снижает эффективность иммунной системы и способствует возникновению рака. Депрессия снижает клеточный иммунитет и тоже способствует развитию рака.

На вероятность возникновения и протекание онкологического процесса оказывают влияние и другие индивидуальные различия. Меланхолия и депрессия, по мнению Р. Revidi, способствуют возникновению злокачественных опухолей. По образному выражению автора, рак молочной железы нередко представляет «пассивное самоубийство» в результате чувства вины и депрессии. Сдержанность проявления эмоций, подавле-

70

ние половых инстинктов также могут быть отнесены к этиологическим факторам развития рака молочной железы.

Анорексия, бессонница, неуверенность в себе, психические травмы могут привести к развитию рака в сроки от 1 до 15 лет. Раку молочной железы часто предшествуют длительные депрессии и дисфории. Эти больные чаще бездетны и в сексуальном плане более заторможены.

Рак, считает К. Rodewig, является результатом проявления потери надежды на достижение жизненных целей. Это касается проблем сексуальности, брака, материнства и других социальных проблем.

Оценивая эмоциональные факторы и выживаемость при раке молочной железы, В. Stoll подчеркивает, что больной дольше живет в том случае, если он настроен агрессивно, свободно выражает свои эмоции. В тех случаях, когда больной апатичен, подавлен, чувствует себя беспомощным, ситуацию считает безнадежной, срок его жизни сокращается.

5. Специфика психологических феноменов при онкологических заболеваниях разной локализации

По мнению А. В. Ромасенко и К. А. Скворцова, в особенностях психологических феноменов, сопровождающих болезнь, иногда можно усмотреть и специфику органов, в которых локализован онкологический процесс.

Так, авторы считают, что при раке легкого наблюдается продолжительный латентный период болезненных ощущений и отсутствие определенных психических феноменов. Затем быстро развивается чувство тревоги, страха и вместе с тем вялости.

Рак печени, захватывающий и поджелудочную

железу, сочетается с онирическими и гипнагогическими феноменами.

Желудочно-кишечный тракт чаще и длительнее вызывает ипохондрические установки.

Примерно треть злокачественных новообразований у женщин локализуется в гениталиях, а рак шейки матки является наиболее частым видом злокачественных опухолей женской по-

71

ловой сферы. К тому же доброкачественные опухоли гениталий значительно увеличивают число онкологических больных в женских палатах. Общими психологическими последствиями для них является то, что наряду с тревожно-депрессивным синдромом, пониженным фоном настроения, главной психической травмой является чувство утраты женственности и боязнь распада семьи. У молодых женщин доминирует страх потери детородной функции.

Заболевание раком молочной железы сопровождается тяжелым психологическим стрессом. У таких больных возникает чувство потери женственности и, как следствие, неполноценности и ущербности. Больная ощущает угрозу для жизни, страх перед возможной социальной изоляцией и распадом семьи. Перед каждой такой больной встает задача приспособления к новой жизненной ситуации и формирования адекватного отношения к собственной личности и к своему здоровью.

Наблюдаются также ряд изменений мотивационной сферы у больных раком молочной железы.

Прежде всего это приводит к изменению жизненной позиции. На диагностическом этапе, когда преобладает позиция обреченности, основным смыслообразующим мотивом является мотив выживания. Формируются и дополнительные, соответствующие этому мотиву цепи действий и поступков больных («завершение дел, устройство детей»). На предоперационном этапе доминирует мотив сохранения здоровья, выживания. После операции мотив сохранения здоровья становится ведущим. В случае неадекватного отношения социального окружения к болезни это приводит к появлению тенденции разрыва социальных связей, контактов, уходу в болезнь.

При экзофитном раке шейки матки определяются ощущения внезапного постарения, в некоторых случаях появление сексуальных перверсий, весьма резко ощущаемых в сновидениях.

Главный интерес психологов, работающих в онкологической клинике, обусловлен связью

гистерэктомии с неблагоприятными психологическими последствиями. Направления работы психолога с женщинами, перенесшими радикальные онкологи-

72

ческие операции, могут быть следующими: символическое значение матки и отношение к ее полному удалению, понимание результатов операции как лечебного мероприятия при онкологическом заболевании, изменение сексуального и эстетического статуса, отношение к стерильности и в связи с этим отношение к родственникам и мужу, а также экспектация их отношения к больной, понимание необходимости дальнейшей гормональной терапии и пр.

Существенную роль играет сексуальные расстройства при опухолях половой сферы и после радикальных операций. Особо выделяются такие сексуальные симптомокомплексы как снижение либидо и аноргазмия, возникающие в силу некоторых патофизиологических и психологических механизмов: сухости влагалища, явлений уретрита вследствие атрофии и других расстройств в урогенитальной области.

Особый случай для онкологической практики представляет собой диагностика и терапия канцерофобии.

Канцерофобия - это навязчивый страх заболеть раком.

Дело в том, что у значительного числа онкологически больных на различных этапах болезни высоко вероятно формирование тревожных и фобических расстройств. Именно поэтому нередко можно обнаружить уникальное психическое состояние, суть которого заключается в том, что у пациентов, которые боятся вероятности заболеть раком, в действительности обнаружен злокачественный характер онкологического процесса. То есть диагностике канцерофобии препятствует феноменология рака. Значимым оказывается тот факт, что в силу существующей традиции пациенты, как правило, не осведомлены об истинном характере их заболевания. Следовательно, для них сохраняет актуальность тема вероятности возникновения рака.

В клинической картине заболевания канцерофобией преобладают навязчивые страхи о том, что врачи не до конца выявили причины и характер онкологической патологии и вследствие этого неэффективно провели операцию. При усилении страхов больные неоднократно обращаются к онкологам с просьбой повторить исследования, перепроверить врачебные заключения

других специалистов. В домашних условиях они постоянно вербализуют свои страхи при обсуждении с родственниками, «находят» подтверждения своим догадкам в их реакциях.

Учитывая, что часть родственников также не посвящена врачами в тайну диагноза, некоторые из больных направляются по настоянию родственников, и близких к психиатру. В тех же случаях, когда родные и близкие знают об истинном диагнозе, нередко в моменты, когда пациенты требуют сообщить им истинный диагноз, родственники в сердцах раскрывают тайну. Однако у больных лишь на короткий промежуток времени возникает депрессивная реакция и исчезают фобии в ответ на высказывания родственников. После этого они вновь возобновляются, поскольку воспринимаются пациентами не как предоставление истинной информации, а как обман или оскорбление.

Тревожно-фобическая симптоматика оказывается стойкой и терапевтически резистентной. Такой психопатологический феномен получил название «канцерофобии у больных злокачественными новообразованиями».

Библиографический список

1. Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В., Тетенев Ф. Ф. Личность пациента и болезнь. Томск, 1995.
2. Герасименко В. Н., Тхостов А. Ш. Реабилитация онкологических больных. М., 1988.
3. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Психологическая диагностика и коррекция в клинике. Л., 1983.
4. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. М., 1984.
5. Менделевич В. Д. Гинекологическая психиатрия. Казань, 1996.
6. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М., 1998.
7. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
8. Психогенные реакции у онкологических больных. Л., 1983.

План лекции:

1. Общая картина влияния на психику хронического соматического заболевания.
2. Психологические особенности больных с терапевтической патологией.
3. Соматопсихические расстройства при эндокринных заболеваниях.
4. Психология неврологических расстройств.

1. Общая картина влияния на психику хронического соматического заболевания

Наиболее известными соматическими заболеваниями, проявляющимися, помимо соматического, психическими симптомами, являются гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, ишемическая болезнь сердца и некоторые другие. Все они относятся к хронической терапевтической патологии.

Объективная ситуация тяжелого, опасного соматического заболевания (отрыв от привычного социального окружения, возможность калечащей операции, инвалидность) *приводят к изменению объективного положения человека в социальной среде* (Л. И. Божович).

Суть патогенного воздействия болезни на психику заключается в том, что сопровождающие болезнь соматические явления (интоксикация, нарушение обменных процессов, истощение) приводят к изменению протекания психических процессов. Центральным психологическим механизмом личностных изменений в условиях хронической соматической болезни выступает перестройка иерархии мотивов по типу их переподчинения новому главному смыслообразующему мотиву - сохранение жизни.

75

ни и восстановление здоровья, названному А. В. Тхостовым «сдвигом цели на мотив».

Описан ряд критериев, по которым личность больного при хроническом и длительном течении заболевания, считается измененной (В. В. Николаева):

1. Изменение содержания ведущего мотива деятельности (формирование вместо него нового мотива ведущей деятельности, к примеру, патологическая деятельность голодания при анорексии).

2. Замена содержания ведущего мотива

содержанием мотива более низкого порядка (например, мотива обслуживания и самообслуживания при ипохондрии).

3. Снижение уровня опосредованности деятельности (деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется).

4. Сужение основного круга отношений человека с миром, т. е. сужение интересов, обеднение мотивационной сферы.

5. Нарушение степени критичности и самоконтроля.

Прогрессирующий характер хронической болезни меняет

всю систему отношений больных. Значимыми становятся только те события, которые не противоречат вновь выделившемуся смыслообразующему мотиву сохранения жизни. Вследствие этого, появляется замкнутость, отчужденность, обеднение контактов с людьми, пассивность. Выделение мотива сохранения жизни ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению активности. Такова общая картина хронического соматического заболевания.

При этом различные нозологические формы заболеваний способствуют проявлению некоторых специфических особенностей клинических проявлений психологических изменений. Они, как правило, обуславливаются локализацией патологического процесса (сердце, желудок или мочевого пузыря), длительностью заболевания, выраженностью болевого раздражения и другими факторами. Вследствие этого, можно лишь условно говорить о разнице психических изменений при той или иной соматической патологии.

2. Психологические особенности больных с терапевтической патологией

Наряду с общими закономерностями влияния болезни на личность, при сердечно-сосудистых заболеваниях имеет место феномен, который Р. Johnson назвал *«социокультуральной символикой сердца»*. Связано это с тем значением, которое придает человек сердцу. Целый ряд факторов, оказывающих тяжелое истощающее воздействие, участвует в генезе изменений психики у больных с приобретенными пороками сердца (Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова). У больных отмечается инертность, нерешительность, утрата волевой активности и жизненной стойкости, потеря интереса к труду и жизни в целом,

эгоцентричность, обидчивость. Наиболее частыми, по мнению Л. Ф. Бурлачука и Е. Ю. Коржовой, типами отношения к болезни являются сенситивный и эргопатический. Следует отметить, что эргопатический можно считать довольно типичным для пациентов с разнообразной патологией сердца.

3. Соматопсихические расстройства при эндокринных заболеваниях

Одной из наиболее тяжелых эндокринных патологий является *сахарный диабет*. Роль психического агента (стресса) в возникновении сахарного диабета является в настоящее время доказанной. Еще в 1674 году Т. Willi одним из первых указал на связь диабета с душевными переживаниями, подчеркнув тот факт, что появлению сахарного диабета, как правило, предшествует «длительное огорчение». Был описан «диабет биржевиков», «диабет банкиров», как заболевания, в генезе которых роль профессиональных психических перенапряжений выделялась особо.

Большинство современных медиков придерживаются несколько иной точки зрения, которая состоит в том, что острая эмоциональная травма или длительный психологический стресс могут лишь выявить латентный диабет, переводя его в клиниче-

77

ское состояние. Вместе с тем имеется довольно обширная литература, посвященная анализу личностных особенностей больных диабетом, выявляющихся еще до манифестации заболевания.

Крайним выражением взглядов о характерологическом своеобразии этих больных является концепция «специфической личности» в психосоматической школе W. C. Menninger. Приверженцы этой концепции указывают на тот факт, что *больные сахарным диабетом обладают особой личностной структурой*, отличающей их как от больных с другими хроническими заболеваниями, так и от здоровых людей. Описаны такие часто встречающиеся у больных диабетом черты, как эгоцентризм, раздражительность, капризность и несдержанность. Отмечалось также, что среди больных диабетом чаще, чем в среднем у населения, встречаются люди интеллигентные и энергичные.

Подобная категоричность не отражает реальной ситуации, однако имеются многочисленные свидетельства в пользу существования определенных характерологических и личностных особенностей больных диабетом. К ним чаще всего относят сочетание шизоидных черт характера с

«параноической готовностью» (S. Elhardt), свойственную детям еще до болезни явную или скрытую тревожность, беспокойство, черты нервозности.

Кроме того, многие исследователи отмечали, что дети, страдающие сахарным диабетом, до заболевания отличаются повышенной добросовестностью, серьезностью, отсутствием детской беззаботности (S. Anderso). У них часто отмечаются нарушения контактов с взрослыми, конфликты с родственниками. M. Bleuler, в целом отрицая особый тип личности, предрасположенной к сахарному диабету, отмечал, что эти дети и подростки выглядят как чувствительные, замкнутые, трудные для понимания шизоиды, в то время как заболевающие в зрелом возрасте отличаются чертами циклоидности и синтонности.

Особо следует остановиться на кризисном состоянии, известного под названием гипогликемического. *К психическим проявлениям гипогликемического состояния* при сахарном диабете относят делириозные расстройства сознания, деперсонали-

78

зационно-дереализационные феномены, галлюцинаторно-пара-ноидные эпизоды, эйфорию. K. Jaspers, наряду с перечисленными, отмечал «недостаточное осмысление окружающего, аномальную перцепцию, чувство опустошенности, повышенную чувствительность к шуму, стадийные изменения в уровне сознания». Нередко исследователями выявлялись разнообразные расстройства восприятия: блеклость или красочность мироощущения (преобладание желтых и синих тонов), некоторые виды метаморфозии (микро-, макропсия), гипнагогические галлюцинации, шум в ушах, парестезии, расстройство схемы тела, изменение чувства времени и др. В совокупности все эти расстройства были впоследствии названы *синдромом Benedek*.

Отмечается, что на формирование психических расстройств оказывает влияние тип сахарного диабета, его длительность, степень тяжести и начало заболевания. В детском и подростковом возрасте длительное (больные 8-9 лет) течение болезни создает предпосылки для патологического развития личности больных диабетом.

Важное место среди психических расстройств при сахарном диабете занимают «нарушения пищевого поведения» в виде ано-рексии и булимии.

4. Психология неврологических расстройств

Среди неврологических заболеваний особое

место занимает *остеохондроз* позвоночника, связь проявлений которого с психологическим состоянием человека является весьма существенной. Считается, что *в механизме развития поражений позвоночника важную роль играет эмоциональное состояние человека.*

Страх и тревога способны приводить к напряжению скелетных мышц и способствовать образованию мышечного каркаса, который, в свою очередь, может провоцировать формирование неадекватного двигательного стереотипа. У пациентов с высоким уровнем тревожности и обусловленным ей высоким мышечным тонусом формируется поза с напряжением мышц торса, прямой и «одеревенелой» спиной, скованной походкой. Из пси-

79

хологических особенностей больных выделяются нетерпеливость, суетливость, несобранность и, как следствие, нарушение координации движений.

В структуре личности человека, заболевшего остеохондрозом шейного и поясничного отделов позвоночника, могут преобладать; черты застенчивости, скромности, робости и зависимости от авторитетов, которые внешне проявляются в формировании осанки.

Как правило, у больных с неадекватным двигательным стереотипом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника обнаруживается эргопатический, неврастенический и тревожный типы реагирования на заболевание, при адекватном двигательном стереотипе — гармоничный (Е. Г. Менделевич).

При этом наблюдается два противоположных пути влияния психологических факторов на течение остеохондроза. Патогенным, *с одной стороны*, оказывается анозогнозически-эргопатическая реакция человека с поведением, демонстрирующим малую значимость проявлений болезни, желание собственными силами справиться с болями и скованностью, «разработать» движения. *С другой стороны*, патогенным оказывается преувеличение значимости проявлений болезни с формированием неадекватного беспокойства и тревоги.

Клинический психолог должен формировать у больных примерно следующую картину болезни: остеохондроз - не подарок, но и не рак желудка. Остеохондроз есть остеохондроз, и отношение к нему должно быть адекватным.

Библиографический список

1. Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю. Психология жизненных ситуаций. М., 1998. 263 с.
2. Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В.,

Тетенев Ф. Ф.

Личность пациента и болезнь. Томск, 1995. 328 с.

3. Герасименко В. Н., Тхостов И. В. Реабилитация онкологических больных. М., 1988. С. 33-46.

80

4. Кабанов М. Н., Личко А. Е., Смирнов В. М. Психологическая диагностика и коррекция в клинике. Л., 1983.
5. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. М., 1984. 272 с.
6. Менделевич В. Д. Гинекологическая психиатрия. Казань, 1996. 337 с.
7. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987, 168с.
8. Орлов Ю. Н. Восхождение к индивидуальности. М., 1991. 287 с.
9. Тхостов А. Ш., Арина Г. А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни. Л., 1990. С. 32-38.

ЛЕКЦИЯ 7

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

План лекции:

1. Психология пациента хирургической клиники.
2. Две стратегии выбора пациентом способа лечения.
3. Феноменология пред- и постоперационной тревоги.
4. Психологическая адаптация человека после пересадки органов и тканей.
5. Соматопсихические расстройства, связанные с дефектами тела, речи и органов чувств.

1. Психология пациента хирургической клиники

В отличие от терапевтической патологии, при

которой патогенным для психической деятельности становится состояние длительного хронического заболевания, и изменение системы отношений личности происходит постепенно, в рамках хирургической патологии отмечается значимость психологического

81

операционного стресса (предоперационного и постоперационного). Основными проявлениями операционного стресса выступают эмоциональные феномены, чаще других — тревога.

Необходимость проведения хирургического оперативного вмешательства, как правило, застигает пациента врасплох, в отличие от ситуации хронической соматической патологии, к которой он постепенно адаптируется. И если обязательность тех или иных терапевтических мероприятий человек может спрогнозировать, то предположить возможность и необходимость операции пациент способен в значительно меньшей степени.

Иными словами, для клинического психолога важным становится тот факт, что психологическая готовность к терапевтическим и хирургическим мероприятиям со стороны больного кардинально различается. У пациента с хроническим соматическим заболеванием адаптация происходит, условно говоря, к настоящему статусу, а у хирургического — к будущему.

Особые реакции можно ожидать от пациентов, подвергающихся трансплантологическим оперативным вмешательствам, связанные с внутриличностным конфликтом по поводу приобретения органов другого человека. Данный факт влияет на самооценку человека, восприятие и принятие им себя как целостной личности после операции. Нередки в подобных случаях деперсонализационные расстройства и нарушения восприятия схемы собственного тела.

2. Две стратегии выбора пациентом способа лечения

В хирургической практике значимым оказывается стратегия выбора пациентом способа лечения. Больной, нацеленный на психологическую стратегию «избегания неудач», будет относиться к оперативному вмешательству как к последнему средству снятия болезненных проявлений и согласится на операцию лишь после того, как будут использованы все иные палиативные способы. Пациент же, исповедующий психологическую стратегию «стремления к успеху», самостоятельно может обратиться

за хирургической помощью и настаивать на скорейшей операции.

«Не было бы хуже» - принципиальная психологическая позиция пациента с мотивацией избегания неудачи, принимающего болезненные симптомы своего заболевания и старающегося адаптироваться даже к самым тяжелым из них. Он страшится потерять то, что имеет и впоследствии может раскаиваться за собственное решение произвести операцию.

«Лучше пусть будет хуже, чем терпеть то, что есть», - позиция группы пациентов, соглашающихся рисковать и идти на операции ради кардинального улучшения собственного состояния здоровья. При этом у первых истинное состояние здоровья может быть хуже, чем у вторых.

3. Феноменология пред- и постоперационной тревоги

Предоперационная тревога является типичной психологической реакцией на сообщение о необходимости проведения хирургической операции. Она выражается в постоянном беспокойстве, неусидчивости, невозможности сосредоточиться на чем-либо, нарушении сна. Постоперационная тревога определяется перенесенным операционным стрессом и соответствием или несоответствием ожидаемых и полученных результатов. Установлена (И. Джанис) также связь между выраженностью тревоги в предоперационном и постоперационном периодах (табл. 1).

Таким образом, можно утверждать, что постоперационное состояние (как психическое, так и общее) во многом зависит от психологического радикала в предоперационном периоде. *Лица с умеренно выраженной тревогой, которые трезво оценивают цель оперативного вмешательства, вероятность достижения успеха и возможность появления постоперационных осложнений, психологически более адекватно реагируют на собственное состояние.*

Таблица 1

Связь между выраженностью тревоги в предоперационном и постоперационном периодах

Предоперационное психическое состояние	Отношение к предстоящей операции и	Постоперационное психическое состояние	Психический преморбид
--	------------------------------------	--	-----------------------

Низкая тревога	Оптимистическое отрицание послеоперационного дискомфорта и осложнений	Агрессивность, болезненное раздражение по отношению к страданию вместо его восприятия как естественного	1) невротики со сверхконтролем; 2) психически здоровые, чувствительные к внешней
Умеренно выраженная тревога	Учет объективных характеристик	Малая вероятность психических	Психически здоровые со зрелой
Высокая тревога	Постоянное эмоциональное напряжение	Отсутствие уверенности в благополучном исходе операции, боязнь процедур, заик-ленность на неприятных	1) хронические невротики; 2) психически здоровые с высокой личностной тревожностью

Высокий или низкий уровень тревожности, основанный либо на завышенных, либо на заниженных ожиданиях, способствует формированию дезадаптационных психических состояний.

4. Психологическая адаптация человека после пересадки органов и тканей

Синдром чужого сердца. Психологическая адаптация человека после пересадки органов и тканей (в частности, пересадки сердца) является одной из наиболее сложных для пациента. «Я демон, живу с сердцем, которое мне не принадлежит», - бы-

84

ли одни из первых слов, произнесенных первым пациентом с пересаженным донорским сердцем. Как показали исследования психологов, после подобных операций нередко отмечается серьезные психологические изменения вплоть до «изменения нравственных и моральных установок» (М. Bixton). Это связано с тем, что пересадка донорского сердца осознанно или бессознательно расценивается пациентом как вторжение не только в сому, но в душу человека. Больной становится склонным анализировать связь с душевной жизнью человека-донора, рассматривать возможность жизни после смерти, анализировать другие философские вопросы.

В. Д. Менделевич и Д. А. Авдеев приводят данные наблюдения за больным, которому была произведена трансплантация сердца. Приводим их с некоторыми сокращениями.

Из психологического анамнеза: до операции характеризовался спокойным, уравновешенным человеком, ответственным исполнительным работником (служащий одного из промышленных

предприятий), не отличавшимся религиозностью.

Динамика психического состояния до и после пересадки сердца выглядела так. В течение 5 месяцев с момента согласия на операцию был адекватен. В психическом статусе отмечалась астеническая симптоматика. Пациент в силу особенностей своего характера (настойчивость, ответственность и др.) активно добивался направления на операцию в лучшую клинику страны к известному хирургу. По его словам, «ни минуты не колебался, что это единственно правильное решение для сохранения жизни в условиях болезни сердца».

После того, как консультантами-хирургами было дано согласие на оперативное вмешательство и предполагалось лишь ожидание подходящего донорского сердца, психологическое состояние больного несколько изменилось. У него появились опасения возможных послеоперационных осложнений, результативности операции, которые, однако, не носили стойкого характера и рационализировались пациентом без использования транквилизирующих средств.

85

В постоперационном периоде соматическое состояние больного соответствовало тяжести проведенной операции, через несколько часов после выхода из наркоза в сознании больного возникла мысль: «Я, наверное, изменился, я стал другим». Появление таких «назойливых мыслей» было для самого больного неожиданным и неприятным. Первое время он не мог точно сформулировать свои негативные представления о появившихся изменениях: «Думалось, что по-другому стал чувствовать, прислушивался к работе нового сердца. Ожидал, что вдруг оно остановится, и все усилия пойдут насмарку, зряшными станут попытки возродить себя». Периодически в момент ухудшения соматического состояния появлялись мысли о том, что напрасно он добивался операции, прикладывал к тому столько усилий. В те моменты был печален, настроение ухудшалось до степени депрессии. Не интересовался практически ничем, кроме собственного самочувствия, не проявлял радости при встрече с родственниками.

Через два месяца после выписки из стационара, пристально следя за изменениями сердечного ритма, стал высказывать следующие предположения: «Наверное, мне пересадили какое-то ненормальное сердце или, может быть, в этом сердце клубок неразрешенных проблем?.. скорее всего там неразделенная любовь» (больной располагал сведениями о том, что донорское сердце принадлежало 21-летнему суициденту). Он характеризовал переживаемые ощущения как «состояния психологического дискомфорта» и

далее пояснял схематично: «Сердце - это основной орган человека, в моей груди сердце молодого парня -кто же я такой?» В определенной степени больного стало смущать, что донор был человеком другой национальности. «Теперь я - гибрид», - с грустью заявлял он.

Через пять месяцев после операции пациент продолжал беспокоиться по поводу пересаженного чужого сердца. У него отмечались эпизоды депрессивно-деперсонализационного синдрома в рамках невротических расстройств, который был назван «*синдромом чужого сердца*».

86

Синдром Мюнхаузена. Известным психопатологическим синдромом в хирургической практике является также синдром Мюнхаузена. *Он проявляется постоянным и непреодолимым желанием человека подвергаться хирургическим операциям по поводу мнимых проявлений болезни.* Такие пациенты стремятся прибегать к помощи хирургов вследствие болезненных и разнообразных неприятных ощущений, которые чаще всего локализуются в брюшной области. Кроме того, с целью быть прооперированными, пациенты склонны к проглатыванию мелких предметов (пуговиц, монет, булавок).

Описаны *три варианта синдрома Мюнхаузена:*

- 1)острый абдоминальный, приводящий к лапаротомии;
- 1)геморрагический, связанный с демонстрацией кровотечения;
- 2)неврологический, включающий демонстрацию обмороков и припадков.

Мотивами подобного поведения, которое не является в чистом виде симуляцией, считаются привлечение таким способом внимания к собственной персоне или избегание какой-либо ответственности. В структуре их характера отмечаются черты инфантилизма и изменения иерархии ценностей. Чаще всего синдром Мюнхаузена встречается у людей с истерическими чертами характера или т. н. истерическими личностными расстройствами.

5. Соматопсихические расстройства, связанные с дефектами тела, речи и органов чувств

Психологические особенности лиц с разнообразными дефектами тела, речи и органов чувств схожи между собой и отличны от реакций на иные заболеваний. Это обусловлено несколькими общими причинами, среди которых

выделяется влияние социального статуса человека на отношение к нему в обществе, а также изменения личности в связи с нарушением познавательных процессов при дефектах органов чувств.

87

Среди косметических дефектов наиболее значимыми являются патологические изменения и деформации лица или отдельных его составляющих. По мнению Н. Д. Лакосиной и Г. К. Ушакова, человек, потерявший руку или ногу, страдает от того, что на его дефект обращают внимание окружающие, т. е. ему свойствен сенситивный тип реагирования на болезнь. При этом у него почти никогда не возникает чувство отвращения к себе. По сравнению с ними люди с обезображивающими изменениями лица реагируют в большей степени самоуничижительно. Они становятся обидчивыми, раздражительными, чувствительными, боятся появляться на людях, резко ограничивают контакты с окружающими, нередко размышляют о самоубийстве.

В случаях кожных изменений и деформаций лица у пациентов к перечисленным психологическим проявлениям присоединяется чувство стыда, брезгливости и опасения, что окружающими станут избегать их в силу страха заразиться.

Заикание является своеобразным видом дефекта, который может приводить к значительным психологическим последствиям, способным изменить характер и направленность формирования личности. При появлении заикания начинает нарушаться вся система личностных отношений (В. М. Шкловский). Наиболее частым клиническим признаком становится страх речи (ло-гофобия). Он нарушает коммуникативную сторону жизни человека, приводит к патологической замкнутости, нежеланию общаться с окружающими. Человек старается переключить свои интересы на деятельность, исключаящую частое и длительное общение.

Психологические особенности слепых и глухих людей обуславливаются нарушением одной из сфер познавательной деятельности. Пациенты с подобными дефектами органов чувств становятся нерешительными, робкими, зависимыми от близких. У них нередко формируются сверхценные идеи ущербности, сочетающиеся с такими качествами личности, как принципиальность, справедливость, законопослушание, высокий уровень нравственных требований по отношению к себе и окружающим.

В. Ф. Матвеев и Д. Ч. Темоев описали различные варианты изменений личности в связи со слепотой: астенический, ипохондрический, ананкастический. У пациентов с тугоухостью чаще встречаются идеи отношения, обидчивость, повышенная тревожность. Они становятся подозрительными, стеснительными, стараются скрыть свой дефект.

Особую группу составляют лица, перенесшие радикальные хирургические операции, относящиеся к т. н. «калечащим операциям». К ним относят мастэктомию, гистерэктомию, овариэктомию, цистэктомию и некоторые другие. Психологические реакции на подобные операции обусловлены функциональной и нередко символической значимостью удаленных органов. Радикальные гинекологические операции существенно влияют на самооценку женщин. При мастэктомии у больной могут возникать тревожные опасения по поводу изменения отношения со стороны мужа или близких в силу эстетического дефекта.

При гистерэктомии и овариэктомии - из-за сексуального дефекта. Многие женщины, перенесшие овари- и гистерэктомию стараются скрывать (и, на мой взгляд, правильно делают) от близких истинный смысл операции, упреждая негативную реакцию со стороны мужа и его возможный уход из семьи.

Многие пациенты сексологического профиля, говоря о явной патологии, часто употребляют термин «дефект». Психологическая суть «сексуального дефекта» заключается в резком снижении самооценки человека, у которого появились симптомы сексологических расстройств (аноргазмии, ригидности, импотенции). Как правило, у таких пациентов появляется два вида реакций.

У одних снижается настроение, появляются идеи никчемности, ущербности, самообвинения, то есть доминирует интрапунитивный тип реакций. Другие становятся раздражительными, вспыльчивыми, ворчливыми, предъявляют претензии к сексуальному партнеру - экстрапунитивный тип реагирования. Типичной в обоих случаях является попытка скрывать наличие сексуальных проблем в силу их непрестижности и стыда.

Близким по проявлениям к вышеописанному считается «психический дефект». Возникновение «комплекса неполноценности» в связи с психологическими проблемами и психопатологическими симптомами, как правило, возможно лишь при непсихотическом уровне психических расстройств. Такой «дефект» появляется у больных с невротическими и

личностными расстройствами. В силу необходимости лечения у психиатров они становятся замкнутыми, сужают контакты, испытывают стеснительность и робость в общении, стараются скрывать имеющиеся проблемы и факты посещения специалистов.

При интеллектуальном дефекте подобные реакции со стороны самих пациентов отмечаются гораздо реже, по сравнению с реакциями близких родственников, которые считают, что дефект одного из членов семьи становится дефектом семьи в целом. Вследствие этого родственники пытаются ограничить круг общения, живут в добровольной изоляции.

Библиографический список

1. Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю. Психология жизненных ситуаций. М., 1998. 263 с.
2. Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В., Тетенев Ф. Ф. Личность пациента и болезнь. Томск, 1995. 328 с.
3. Герасименко В. Н., Тхостов И. В. Реабилитация онкологических больных. М., 1988. С. 33-46.
4. Кабанов М. Н., Личко А. Е., Смирнов В. М. Психологическая диагностика и коррекция в клинике. Л., 1983.
5. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. М., 1984. 272 с.
6. Менделевич В. Д. Гинекологическая психиатрия. Казань, 1996. 337 с.
7. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987. 168 с.
8. Орлов Ю. Н. Восхождение к индивидуальности. М., 1991. 287 с.

90

9. Тхостов А. Ш., Арина Г. А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни. Л., 1990. С. 32-38.

Часть 3 ПАТОПСИХОЛОГИЯ

ЛЕКЦИЯ 8

ВВЕДЕНИЕ В ПАТОПСИХОЛОГИЮ

План лекции:

1. Основные понятия и особенности построения курса.
1. История развития взглядов на предмет и методы психологического исследования.
2. Особенности проведения и основные компоненты психологического исследования.

1. Основные понятия и особенности построения раздела

Как уже отмечалось, патопсихология ориентирована в основном на психиатрическую клинику, но при этом она имеет свой особый предмет, который следует отличать от предмета психиатрии и психопатологии.

Психиатрия направлена на выяснение причин психической болезни, на исследование синдромов и симптомов, типичных для того или иного заболевания, на анализ критериев прогноза болезни, на лечение и профилактику болезни.

Патопсихология изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности.

При всей близости объектов исследования психиатрия и патопсихология отличны по своему предмету. Первая изучает результат распада психики, вторая - процесс распада. И еще одно отличие: патопсихология использует психологические методы и

Близким по проявлениям к вышеописанному считается «*психический дефект*». Возникновение «комплекса неполноценности» в связи с психологическими проблемами и психопатологическими симптомами, как правило, возможно лишь при непсихотическом уровне психических расстройств. Такой «дефект» появляется у больных с невротическими и личностными расстройствами. В силу необходимости лечения у психиатров они становятся замкнутыми, сужают контакты, испытывают стеснительность и робость в общении, стараются скрывать имеющиеся проблемы и факты посещения специалистов.

При интеллектуальном дефекте подобные реакции со стороны самих пациентов отмечаются гораздо реже, по сравнению с реакциями близких родственников, которые считают, что дефект одного из членов семьи становится дефектом семьи в целом. Вследствие этого родственники пытаются ограничить круг общения, живут в добровольной

изоляции.

Библиографический список

1. Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю. Психология жизненных ситуаций. М., 1998. 263 с.
2. Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В., Тетенев Ф. Ф. Личность пациента и болезнь. Томск, 1995. 328 с.
3. Герасименко В. Н., Тхостов И. В. Реабилитация онкологических больных. М., 1988. С. 33-46.
4. Кабанов М. Н., Личко А. Е., Смирнов В. М. Психологическая диагностика и коррекция в клинике. Л., 1983.
5. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. М., 1984. 272 с.
6. Менделевич В. Д. Гинекологическая психиатрия. Казань, 1996. 337 с.
7. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987. 168 с.
8. Орлов Ю. Н. Восхождение к индивидуальности. М., 1991. 287 с.

90

9. Тхостов А. ИЛ, Арина Г. А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни. Л., 1990. С. 32-38.

Часть 3 ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Лекция 8 ВВЕДЕНИЕ В ПАТОПСИХОЛОГИЮ

План лекции:

1. Основные понятия и особенности построения курса.
2. История развития взглядов на предмет и методы патопсихологического исследования.
3. Особенности проведения и основные компоненты патопсихологического исследования.

1. Основные понятия и особенности построения раздела

Как уже отмечалось, патопсихология ориентирована в основном на психиатрическую клинику, но при этом она имеет свой особый предмет, который следует отличать от предмета психиатрии и психопатологии.

Психиатрия направлена на выяснение причин психической болезни, на исследование синдромов и симптомов, типичных для того или иного заболевания, на анализ критериев прогноза болезни, на лечение и профилактику болезни.

Патопсихология изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности.

При всей близости объектов исследования психиатрия и патопсихология отличны по своему предмету. Первая изучает результат распада психики, вторая - процесс распада. И еще одно отличие: патопсихология использует психологические методы и

91

оперирует понятиями современной психологии. На этом основании ее следует отличать также от психопатологии.

Психопатология является частью психиатрии и изучает симптомы психических заболеваний клиническими методами, используя медицинские понятия: диагноз, патогенез, симптом, синдром и др. Основной метод психопатологии — клинко-описательный. Таковы основные отличия патопсихологии от смежных с нею дисциплин.

Особенности построения курса

В данном разделе будут рассмотрены нарушения психических процессов (памяти, внимания, мышления, речи, восприятия), эмоционально-волевые и личностные расстройства, а также методы, применяемые для исследования этих нарушений.

В качестве примеров мы приведем выписки из историй болезни, взятые из психиатрической клиники. При этом одна часть в описании болезни будет представлять собой клинко-описательный метод, соответственно в терминах, которые используют психиатры (анамнез, психический статус и др.). В данной терминологии психолог должен разбираться уже потому, что в психиатрической клинике он сотрудничает с психиатром, однако при этом в своих заключениях он обязан опираться на психологические методы и использовать язык психологии. Последнее найдет отражение в другой части описания заболевания, где будут представлены нарушения, характерные для

определенного заболевания, выявляемые с помощью специально подобранных психологических тестов и в соответствующих терминах.

2. История развития взглядов на предмет и методы патопсихологического исследования

Патопсихология меняла свои взгляды на предмет и методы по мере развития психологии в целом, в связи с ее общими теоретическими положениями.

92

2.1. С момента оформления в последней четверти XIX века научной психологии в самостоятельную отрасль знания ее предметом стало *сознание*, а единственным методом - *самонаблюдение*. Внимание психологов того времени было направлено на выделение в психике человека отдельных «элементов» сознания (ощущений и элементарных чувств) для лучшего их познания. Поэтому патопсихология того времени сводилась к умозрительному описанию работы отдельных душевных способностей.

Умозрительное описание внутреннего мира человека нашло свое место и у представителей так называемой *понимающей психологии* (Э. Шпрангер, В. Дильтей). Отрицая дробление психики на отдельные процессы или функции, признавая неделимость, единство психического, представители этого направления отказывались от научного исследования психического, считая, что если природу можно объяснить, то психику можно только понять. На практике это означало, что психолог должен ограничиться лишь наблюдением за поведением субъекта, регистрацией результатов его самонаблюдений и отказаться от эксперимента.

2.2. С развитием эмпирической психологии и психофизиологии в патопсихологию начинает внедряться метод эксперимента (В. Вундт, Г. Эббингауз, Э. Титченер), проникший в практику неврологии и психиатрии. В крупнейших клиниках (В. М. Бехтерева - в Ленинграде, Э. Крепелина - в Лейпциге, С. С. Корсакова - в Москве) открываются психологические лаборатории.

Долгое время в этих и других клиниках господствовал *метод количественного измерения* психических процессов. Испытуемый выполняет заданную деятельность (это может быть решение задачи, складывание фигуры, рассказ по картинке и др.), т. е. проходит определенное испытание. Получаемые в результате данные соотносятся со специально разработанной шкалой, на основании чего исследователь делает заключение о наличии, особенностях, уровне развития тех или иных свойств у испытуемого. Как относиться к этому методу?

Появление способа количественных измерений психических процессов было, безусловно, шагом вперед к утверждению в

93

психологии объективного метода. Однако следует иметь в виду, что путем измерения выявляются лишь конечные результаты работы, сам же процесс ее, отношение испытуемого к заданию, мотивы, побудившие испытуемого избрать тот или иной способ действия, личностные установки, желания, словом, все многообразие качественных особенностей деятельности испытуемого не может быть обнаружено.

Поэтому, наряду с чисто количественным методом, в последнее время в патопсихологии широко применяются методики, которые направлены исключительно на выявление личностных особенностей.

2.3. Проективные методы. Задание, которое предлагается испытуемому, не предусматривает каких-либо определенных способов решения. «Проективный» метод использует любую задачу лишь как повод для того, чтобы испытуемый мог проявить свои переживания, особенности своей личности и характера. В качестве конкретных методик применяются: описание картин с неопределенным сюжетом (ТАТ), пятна Роршаха, тест руки, сюжетные картинки. Последние представляют собой изображение действий или поз персонажей. Испытуемый должен описать картинку, рассказать, что на ней нарисовано, о чем думают, что переживают изображенные персонажи, что с ними произойдет, что предшествовало изображенному событию. При этом, по мнению некоторых авторов проективного метода, происходит известное отождествление испытуемого с изображенным персонажем, «личность отражается с помощью этого метода, как объект на экране» (отсюда и название «проективный»). Этот метод давно вышел за

пределы клиники, где его называет «клиническим подходом к психике здорового человека».

Таким образом, проективный метод является по существу своему антиподом метода измерения. По замыслу его авторов он должен предоставить возможность качественной оценки поведения испытуемого. Если тестовый метод направлен на оценку результатов работы, то при проективном методе сама проблема ошибочного или правильного решения вообще не возникает.

94

Если проанализировать, о каких личностных переживаниях и установках идет речь, то оказывается, что исследователи пытаются вскрыть при помощи этого метода бессознательные, скрытые мотивы и желания больного. Отдельные особенности восприятия испытуемого (например, видит ли он объекты в движении или в покое, обращает ли он внимание при описании пятен Роршаха на крупные части рисунков или на мелкие детали и т. п.) исследователи интерпретируют как показатели личностных особенностей. Рациональное зерно, содержащееся в «проективном» методе, безусловно, должно быть использовано. Однако следует иметь в виду, что выявленные с его помощью переживания, особенности, не могут служить единственными индикаторами строения личности, устойчивой иерархии ее мотивов и потребностей. То есть, проективные методы должны сами стать объектом исследования.

2.4. Направленность экспериментально-психологических приемов на раскрытие качественной характеристики психических нарушений с особенной необходимостью выступает при исследовании аномальных детей. При любой степени психического недоразвития или заболевания всегда происходит дальнейшее (пусть замедленное или искаженное) развитие ребенка. Психологический эксперимент не должен ограничиваться установлением структуры и уровня развития психических процессов больного ребенка - он должен выявить прежде всего его потенциальные возможности. Это указание было впервые сделано еще в 30-х годах Л. С. Выготским. В своей работе «Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте» он писал: «Состояние умственного развития ребенка может быть определено, по меньшей мере, с помощью выяснения двух уровней - уровня актуального развития и зоны ближайшего развития» [2. С. 448]. Под зоной ближайшего развития Л. С. Выготский понимает те потенциальные возможности ребенка, которые самостоятельно, под влиянием тех или иных условий, не выявляются, но которые могут быть реализованы с помощью взрослого.

Поэтому психическое развитие ребенка характеризуется не столько его актуальным уровнем, сколько уровнем зоны его ближайшего развития.

Мы столь подробно остановились на этом хорошо известном положении Л. С. Выготского потому, что оно определяет принципы построения психологического эксперимента применительно к аномальным детям. Поэтому при решении практических задач, например, при отборе детей в специальные школы, помимо констатирующего, в обязательном порядке должен применяться и обучающий эксперимент.

Такова вкратце эволюция взглядов на предмет и методы патопсихологического исследования.

3. Особенности проведения и основные компоненты патопсихологического исследования

Можно указать на две особенности, которые отличают эксперимент в психиатрической клинике от эксперимента, направленного на исследование психики здорового человека.

Первое отличие заключается в том, что мы всегда должны учитывать своеобразное отношение больного к опыту, зависящее от его болезненного состояния. Наличие бредового отношения, возбуждения или заторможенности - все это заставляет экспериментатора иначе строить опыт, иногда менять его на ходу. При всех индивидуальных различиях здоровые испытуемые, как правило, стараются выполнять инструкции, «принимают» задание, между тем как психические больные иногда не только не стараются выполнить задание, но превратно толкуют опыт или активно противостоят инструкции. Например, если при проведении ассоциативного эксперимента со здоровым человеком экспериментатор предупреждает, что будут произнесены слова, в которые он должен вслушаться, то здоровый испытуемый активно направляет свое внимание на произносимые экспериментатором слова. При проведении же этого эксперимента с негативистичным больным часто возникает противоположный эффект: больной активно не хочет слушать. При таких условиях

экспериментатор вынужден проводить эксперимент как бы «обходным путем»: он произносит слова как бы невзначай и регистрирует реакции больного.

Нередко приходится экспериментировать с больным, который бредовым образом интерпретирует ситуацию опыта, например, считает, что экспериментатор действует на него

«гипнозом», «лучами». Естественно, что такое отношение больного к эксперименту сказывается на способах выполнения задания: он часто выполняет просьбу экспериментатора умышленно неправильно, отсрочивает ответы и т. п. В подобных случаях построение эксперимента также должно быть изменено.

Второе отличие. Построение экспериментально-психологического исследования в клинике отличается от обычного психологического эксперимента еще одной особенностью: многообразием, большим количеством применяемых методик. Очень часто изменение инструкции, какой-нибудь экспериментальный нюанс меняет характер показаний опыта. Сама ситуация эксперимента с больным человеком с течением времени часто меняется (хотя бы потому, что меняется состояние больного), поэтому сопоставление результатов различных вариантов эксперимента становится обязательным.

Такое сопоставление необходимо и по другим причинам. Бывает так, что больной правильно решает более трудные задания и не в состоянии решать более легкие. Разобраться в природе такого явления возможно только при сопоставлении результатов различных заданий. И последнее, нарушения психической деятельности больного часто бывают нестойкими. При улучшении состояния больного некоторые особенности его мыслительной деятельности исчезают, другие остаются резистентными. Сопоставление результатов различных вариантов какого-нибудь метода, при этом многократно применяемого, дает право судить о характере, качестве, динамике нарушений психики больного. Следовательно, тот факт, что при исследовании распада психики приходится не ограничиваться одним каким-нибудь методом, а применять комплекс методических приемов, имеет свой смысл и обоснование.

97

Основные этапы (или компоненты) патопсихологического исследования

Современное патопсихологическое исследование включает в себя несколько этапов:

1. Постановка цели и выбор методов.
2. Изучение истории болезни.
3. Беседу с больным.
4. Эксперимент (тестирование).
5. Наблюдение за поведением во время исследования.
6. Анализ полученных результатов.
7. Оформление заключения.

Конкретные патопсихологические экспериментальные исследования проводятся для

решения практических задач клиники. Исследуются в основном нарушения развития личности, эмоционально-волевые расстройства, расстройства речи и сознания, нарушения психических процессов: восприятия, внимания, памяти, мышления, на рассмотрении которых мы далее и остановимся.

Библиографический список

1. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1968.
2. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. М., 1960.
3. Гальперин П. Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий // Исследования мышления в советской психологии. М., 1966.
4. Заде А. Основы нового подхода к анализу сложных систем и процессов принятия решений // Математика сегодня. М., 1974.
1. Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.
2. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1999.
5. Иванова А. Я. «Обучающий эксперимент» как метод оценки умственного развития детей (методические рекомендации). М., 1973.

98

ЛЕКЦИЯ 9 НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

План лекции:

1. Понятие сознания в философии, психологии и психиатрии.
1. Формы нарушения сознания.
 - 2.1. *Помраченное сознание.*
 - 2.2. *Оглушенное состояние сознания.*
 - 2.3. *Делириозное помрачение сознания.*
 - 2.4. *Онейроидное (сновидное) состояние сознания.*
 - 2.5. *Сумеречное состояние сознания.*
 - 2.6. *Деперсонализация.*

1. Понятие сознания в философии, психологии и психиатрии

Несмотря на то, что во всех учебниках психиатрии описаны разнообразные формы нарушенного сознания, определение этого понятия наталкивается на трудности. Происходит это потому, что понятие сознания в психиатрии не опирается на философскую и психологическую трактовку.

В философии сознание рассматривается в разных аспектах:

1) в плане противопоставления идеального материальному (как вторичное первичному);

2) с точки зрения происхождения (свойство высокоорганизованной материи);

3) с точки зрения отражения (отражение объективной действительности).

В философском понимании самосознание - это осознание собственного отношения к окружающей природной и социальной среде, понимание своего места в системе общественных отношений.

Психологи определяют сознание как представление субъекта о мире (и своем месте в нем), связанное со способностью да-

99

вать отчет о своем внутреннем психическом опыте, и необходимое для разумной регуляции совместной деятельности людей.

В таком понимании сознание включает в себя не только знание об окружающем мире, но и знание о себе: о своих индивидуальных и личностных свойствах, которое субъект использует для установления оптимальных взаимоотношений с миром.

В психиатрии понятие сознания не совпадает с его определением в философии и психологии. Оно является скорее «рабочим», поскольку клиницисты, говоря о сознании, имеют в виду прежде всего различные формы его расстройств. Такое понимание сознания, которое А. В. Снежневский определяет как «условное», базируется на взглядах немецкого психиатра К. Ясперса, рассматривающего *сознание как фон, на котором происходит смена различных психических феноменов.*

Психиатры считают, что при душевных заболеваниях сознание может нарушаться (либо оставаться сохранным) независимо от других форм психической деятельности. Поэтому в историях болезни и заключениях психиатров часто можно встретить выражения: «у больного имеет место бред при ясном сознании», «наблюдается нарушение мышления на фоне ясного сознания» и т. п.

Признаки «ясности» и «помрачения» сознания,

были введены К. Ясгерсом. С тех пор они являются определяющими для характеристики состояний сознания.

2. Формы нарушения

сознания 2.1.

Помраченное сознание

Критериями помраченного сознания считаются:

- 1) дезориентировка во времени, месте, ситуации;
- 2) отсутствие отчетливого восприятия окружающего;
- 3) разные степени бессвязности мышления;
- 4) затруднение воспроизведения

происходивших и происходящих событий, а также собственных болезненных явлений.

100

Важно отметить, что для констатации состояния помраченного сознания решающее значение имеет установление совокупности *всех* вышеперечисленных признаков. Наличие одного или нескольких признаков не может свидетельствовать о помрачении сознания. Отсутствие же всех перечисленных критериев расценивается как ясное сознание.

2.2. Оглушенное состояние сознания

Одним из наиболее распространенных синдромов нарушения сознания является *синдром оглушенности*, который чаще всего встречается:

- 1) при острых нарушениях ЦНС,
- 2) при инфекционных заболеваниях,
- 3) при отравлениях,
- 4) как следствие черепно-мозговых травм.

Оглушенное состояние сознания

характеризуется резким

повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы как бы «спросонок», сложное содержание вопроса ими не осмысливается. Отмечается замедленность в движениях, молчаливость, безучастие к окружающему. Выражение лица у больных безразличное, очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Состояние оглушения сознания длится от нескольких минут до нескольких часов.

2.3. Делириозное помрачение сознания

Делирий (от латинского delirium — безумие, бред) как состояние резко отличается от оглушенного. Ориентировка в окружающем при нем тоже нарушена, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве.

101

На фоне делириозного состояния сознания возникают иногда преходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации (главным образом зрительные), бредовые идеи. В отличие от больных, находящихся в оглушенном состоянии сознания, больные в делирии говорливы. При нарастании делирия обманы чувств становятся сценopodobными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой. Выражение лица становится то тревожным, то радостным, выражает то страх, то любопытство. Нередко в состоянии делирия больные становятся возбужденными. Ночью делириозное состояние, как правило, усиливается.

Делириозное состояние наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга, как следствие травм, инфекций, при острых отравлениях (например, алкоголем).

Впервые описано Майер-Гроссом. Характеризуется причудливой смесью, с одной стороны, образов реального мира; с другой — обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера.

2.4. Онейроидное (сновидное, грезоподобное) состояние сознания

Больные совершают межпланетные путешествия, оказываются среди «жителей Марса». Нередко встречается фантастика с характером громадности: больные присутствуют «при гибели города», видят, «как рушатся здания», «проваливается метро», «раскалывается земной шар, распадается и носится кусками в космическом пространстве». Иногда больной может остановить фантазирование, но незаметно для него в сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по новому формируясь, весь прежний опыт, все, что он читал, слышал, видел.

Одновременно больной может утверждать, что он находится в психиатрической клинике, что с ним разговаривает врач, то есть в его психике обнаруживается сосуществование реального и фантастического.

2.5. Сумеречное состояние сознания

Этот синдром характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзиторным, то есть преходящим.

Приступ сумеречного состояния сознания нередко кончается глубоким сном. Характерной чертой сумеречного состояния сознания является последующая амнезия. Воспоминания о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют.

Во время сумеречного состояния больные сохраняют возможность выполнения привычных автоматических действий. Например, если в поле зрения такого больного попадает нож, больной начинает совершать привычное с ним действие - резать, независимо от того, находится ли перед ним хлеб, бумага или человеческая рука.

Нередко при сумеречном состоянии сознания имеют место бредовые идеи, галлюцинации. Надо иметь в виду, что под влиянием бреда и напряженного аффекта больные могут совершать опасные поступки.

Форма сумеречного состояния сознания, протекающая без бреда, галлюцинаций и аффектов, носит название «*амбулаторного автоматизма*» (непроизвольное блуждание). Напоминает лунатизм, снохождение. Страдающие этим расстройством, выйдя из дому с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятным для себя образом оказываются в другом конце города. Во время этого бессознательного путешествия они механически переходят улицы, едут в транспорте и производят впечатление погруженных в свои мысли людей, поэтому сумеречное состояние сознания имеет еще одно название — *absence* (в переводе с французского - отсутствие).

Другой разновидностью сумеречного состояния сознания является *псевдодеменция*. Она характеризуется главным образом интеллектуально-мнестическими расстройствами и расстройствами суждения. Больные с таким диагнозом забывают название предметов, дезориентированы в пространстве и времени, с

трудом воспринимают внешние раздражители. Образование новых ассоциаций затруднено, временами отмечаются иллюзорные обманы восприятия, нестойкие галлюцинации с двигательным беспокойством. Больные апатичны, благодущны, эмоциональные проявления скудны и недифференцированы. Поведение нередко напоминает нарочито детское. Так, грамотный больной при вопросе, сколько у него пальцев на ногах, снимает носки и начинает их пересчитывать.

Псевдодеменция возникает при тяжелых деструктивных изменениях в центральной нервной системе и при реактивных состояниях разной этиологии.

2.6. Деперсонализация

Наряду с описанными выше формами нарушения сознания как отражения окружающей действительности, в клинике встречается нарушение другой стороны отражения — отражения себя. Такая форма нарушения сознания носит название *деперсонализация*. Главным радикалом этого расстройства является *отчуждение* собственной психической продукции: мыслей, аффектов, действий и «Я» в целом, которые воспринимаются как бы со стороны.

Частым проявлением деперсонализации является *нарушение «схемы тела»* — нарушение отражения в нашем сознании основных качеств и способов функционирования собственного тела, его отдельных частей и органов.

Подобные нарушения могут возникнуть при разных заболеваниях - при эпилепсии, шизофрении, после черепно-мозговых травм и др. Вопрос о природе данного расстройства до конца не изучен.

Многие истории болезни, приводимые в работах В. М. Бехтерева и его сотрудников, иллюстрируют, как стремление осмыслить результаты искаженного самовосприятия приводит больных к бредовой интерпретации своего состояния. В поисках воздействующих на них «врагов» больные наблюдают за поведением окружающих, анализируют взаимоотношения с

104

ними, совершают реальные действия с целью «освобождения» от предполагаемого гипнотического «воздействия» и т. д.

Совокупность подобных действий и реальных взаимоотношений с людьми называют *бредом воздействия*. Обрастая новыми и новыми подробностями, искажая восприятие окружающего, бред воздействия оказывает влияние на поведение и образ жизни больного, перестраивает систему его взаимоотношений с людьми, изменяет личность.

Таковы основные формы нарушения сознания, наблюдаемые в психиатрической клинике. А потому для их изучения применяются главным образом клинические методы: наблюдение и клинико-психологическая беседа.

Библиографический список

1. Гиляровский В. А. Психиатрия. М., 1954.
2. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1999.

3. Снежневский А. В. Общая психопатология. Валдай, 1970.
4. Jaspers К. Allgemeine Psychopatologie. Berlin, 1929.

ЛЕКЦИЯ 10 НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

План лекции:

1. Феноменология нарушений восприятия.
2. Агнозии.
3. Псевдоагнозии при деменции.
4. Обманы чувств.
 - 4.1. Галлюцинации и их виды.
 - 4.2. Особенности галлюцинаторных образов.
 - 4.3. О механизме галлюцинаций или к вопросу о природе обманов чувств.
 - 4.4. Псевдогаллюцинации.
 - 4.5. Синдром Кандинского-Клерамбо.
5. Нарушение мотивационного компонента восприятия.

105

6. Формы нарушений восприятия при различных заболеваниях.
7. Методы исследования восприятия.

1. Феноменология нарушений восприятия

Восприятие - это активный процесс анализа и синтеза ощущений путем сопоставления их с прежним опытом.

Восприятие, в отличие от ощущений, носит целостный характер и представляет собой наглядно-образное отражение действующих в данный момент на органы чувств предметов и явлений.

В мировой литературе по психопатологии встречаются описания следующих нарушений восприятия:

- 1) гиперстезия - усиление восприятия по силе;
- 2) гипостезия - ослабление восприятия по силе;
- 3) агнозия - неузнавание;
- 4) тотальная анестезия — потеря чувствительности при истерии;
- 5) деперсонализация - расстройство восприятия собственной личности;
- 6) бедность участия - утрата сложных чувств;
- 7) дереализация - искаженное восприятие окружающего

мира. Сюда же можно отнести симптомы «уже
виденного» (de
vu), «никогда не виденного» (ya mais vu);

8) обманы восприятия (иллюзии и
галлюцинации).

Для отечественных исследований в общей
психологии характерен подход к восприятию как
деятельности. Соответственно наши патопсихологи
рассматривают нарушения восприятия как
расстройство тех или иных характеристик
деятельности. Эти нарушения проявляются:

1) в затрудненности узнавания (агнозии);

2) в искажениях воспринимаемого материала
(псевдогно-
зии);

3) в обманах чувств (галлюцинации);

4) в ложных узнаваниях (псевдогаллюцинации);

106

5) в перестройках мотивационной стороны
перцептивной деятельности (перцептивные
защиты, измененные смыслы). Остановимся на них
подробнее.

2. Агнозии

Агнозия - это расстройство узнавания. А
подробнее — это расстройство узнавания
предметов, явлений и частей собственного тела
при сохранности сознания внешнего мира и
самосознания, а также при отсутствии нарушений
периферической и проводящей частей
анализаторов.

Агнозии бывают трех видов: зрительные,
слуховые и тактильные. *Зрительные агнозии*, в
свою очередь, делятся на:

1) предметную агнозию (больные не узнают
предметы и их

изображения). К этой группе примыкает и

«симультанная агно-
зия» Вольперта (больные узнают отдельные

предметы и их изо-
бражения, но не узнают ситуацию в целом);

2) агнозию на цвета и шрифты;

3) оптико-пространственную агнозию
(пропадает возмож-

ность передать пространственные признаки
объекта: дальше,

ближе, больше, меньше, сверху, снизу и т. д.).

Слуховые агнозии проявляются в снижении
способности дифференцировки звуков и
понимания речи. При этом могут иметь место
слуховые галлюцинации. Возможны дефекты слу-
ховой памяти (больные не могут запомнить два
или более звуковых эталона). Возможна аритмия
(не могут правильно оценить ритмические

структуры, количество звуков и порядок чередований). Иногда наблюдается нарушение интонационной стороны речи (больные не различают интонаций и у них самих невыразительная речь).

Тактильные агнозии - при сохранности тактильной чувствительности наблюдается неузнавание знакомых предметов при их восприятии на ощупь (исследование при закрытых глазах).

Агнозии у психически больных проявляются в том, что они выделяют то один, то другой признак воспринимаемого объекта, но не узнают самого предмета.

107

Подобные расстройства чаще возникают при органических поражениях корковых зон мозга разного генеза (энцефалит, опухоль, сосудистый процесс и т. д.).

Приведем примеры наблюдений и экспериментальных исследований, выполненных разными авторами (в основном это аспиранты Б. В. Зейгарник).

Пример 1. Изображение гвоздя один больной описывает как что-то кругленькое, говоря: «наверху шапочка, внизу палочка, что это такое - не знаю».

Пример 2. Другой больной описывает ключ, как «кольцо и стержень», он может даже точно скопировать его, но это не облегчает узнавание.

Пример 3. При тахистоскопическом предъявлении садовой лейки больная говорит: «Бочкообразное тело, что-то круглое, посередине отходит вроде палочки с одной стороны». Другой больной при тахистоскопическом предъявлении расчески говорит: «Какая-то горизонтальная линия, от нее книзу отходят маленькие, тоненькие палочки».

Пример 4. Нарисованный гриб больная называет «стог сена», спички - «кристаллами». Сюжет картины больная не улавливает сразу, а лишь после длительных фиксаций на отдельных деталях. Процесс восприятия носит характер отгадывания: «Что бы это могло быть - расческа? На чем она сидит — на кресле, стуле? Что бы это могло быть - плита, корыто?». Рассматривая картину «Смертница», больная говорит: «Что это за женщина, о чем-то задумалась? На чем она сидит? На кровати? Что это за тени?».

При таком выраженном нарушении узнавания рисунков больная прекрасно узнавала геометрические формы, дополняла незаконченные рисунки согласно структурным законам. Больше того, не узнавая предмет на рисунке, больная прекрасно описывала его форму.

Подводя итог ряду подобных экспериментов, Б.

В. Зейгарник пришла к выводу о некоторой ступенчатости расстройств при агнозии. Больные хорошо узнавали предметы, хуже - модели, еще хуже - рисунки предметов. Особенно плохо они

108

они узнавали те изображения, которые были схематически нарисованы, в виде контуров.

Возникла гипотеза, что причина затрудненности узнавания, вызывается той обобщенностью, той формализацией, которая присуща рисунку.

Для проверки гипотезы была проведена серия экспериментов: больным предъявлялись изображения одних и тех же предметов в разном выполнении:

- а) в виде пунктирного контура;
- б) в виде черного силуэта;
- в) в виде четкого фотографического изображения.

Данные экспериментального исследования подтвердили

предположение: больные совершенно не узнавали пунктирные, несколько лучше, но все же очень плохо, узнавали силуэтные изображения и лучше узнавали фотографические, т. е. конкретные изображения.

Отсюда был сделан вывод: *восприятие при агнозии в своей специфически человеческой характеристике есть процесс, обладавший функцией обобщения и условности; поэтому здесь правомерно говорить о нарушении обобщающей функции восприятия.*

Знание психологического механизма агнозии позволило подобрать способы, с помощью которых можно было компенсировать этот дефект. Так, если экспериментатор просил указать определенный предмет («укажите, где шляпа, а где ножницы»), то больные узнавали его и правильно выполняли задание. То есть, включение предъявляемого объекта в определенный (не требующий операции обобщения) круг значения помогало узнаванию. Называние же приблизительного круга предметов, к которому относится данный объект (покажите головной убор, инструмент), помогало меньше.

109

3. Псевдоагнозии при деменции (Ложные неузнавания при слабоумии)

Исследование зрительного восприятия у

больных, в клинической картине которых и экспериментально-психологических исследованиях обнаруживалась деменция по органическому типу, обнаружило отмеченные выше особенности: больные не узнавали силуэтных и пунктирных рисунков. Но к этому добавилась еще одна особенность: их восприятие было диффузным, недифференцированным. Предмет узнавания обуславливался той частью рисунка, на которой больной фиксировал свое внимание. Приведем наиболее яркие примеры по Б. В. Зейгарник.

Пример 1. Гриб больной называет помидором, если смотрит на головку гриба, или же видит в грибе огурец, если фиксирует внимание на его ножке. Поэтому при предъявлении рисунка больному часто безразлично, показывают ему его часть или целое.

У некоторых больных агнозия распространялась и на структуру, и на форму изображения.

Пример 2. При показе треугольника больной говорит: «Клином как-то, а назвать не могу, я вижу клин в трех местах, клин-трехклинник». При экспозиции четырехугольника больной говорит: «Мне трудно сказать (обводит пальцем) - прямая, прямая, прямая и прямая». При экспозиции незаконченного круга видит прежде всего изъясн: «Здесь провал какой-то», в то же время воспринимает симметрию формы. Например, при показе креста, не умея назвать фигуры, больной заявляет: «Хоть куда хочешь заглядывай, она лежит правильно».

Пример 3. При осмотре картинки, на которой нарисован крестьянин, стоящий с задумчивым видом у телеги, у которой отскочило колесо, больной говорит: «Вот колесо, а это мужчина стоит». Показывая на лошадь, говорит: «А это птица какая-то». Экспериментатор: «Это ведь лошадь». Больной: «На лошадь плохо смахивает».

В этих примерах отчетливо выступает нарушение не только смысловых, но и структурных компонентов рисунка. При попытке понять сюжет картинки больные из-за неправильного уз-

навания деталей и структурного распада часто неправильно описывают ее содержание. Это расстройство напоминает феномен, описанный А. Пиком как «сенильная агнозия» или как расстройство «симультанного восприятия». Оно выражается в том, что испытуемый, описывая отдельные предметы, не умеет уловить общего смысла картинки.

Как видим, нарушение восприятия, которое обнаруживается у слабоумных больных, подтверждает ведущую роль осмысленности и обобщенности в любом акте перцептивной деятельности. Так, на патологическом материале обнаруживается целостность психической (отражательной) деятельности. Рассмотренное

нарушение восприятия - это, по сути, нарушение мыслительных операций - синтеза и обобщения.

4. Обманы чувств 4.1.

Галлюцинации и их

виды

Галлюцинациями в психиатрии называют ложные восприятия. При душевных заболеваниях — это один из наиболее часто встречающихся симптомов.

Галлюцинации бывают разных модальностей: больные видят предметы, которых нет, слышат речь, слова, которые никем не произносятся, чувствуют запахи, которых в действительности не существует. По виду анализатора различат зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и др. галлюцинации.

Еще французский психиатр Э. Эскироль писал, что *галлю-цинант* - это «человек, имевший внутреннее убеждение, что он что-то воспринимает, тогда как извне нет никакого объекта, способного вызвать это восприятие».

Это определение Эскироля легло в основу мнения психиатров, что галлюцинаций возникают без наличия раздражителя. Однако, как мы увидим далее, это не вполне так. От галлюцинаций следует отличать иллюзии.

111

Иллюзии - это искаженное восприятие действительно существующего во внешней среде реального объекта.

Таким образом, в традиционной психиатрии в зависимости от наличия или отсутствия раздражителя обманы чувств относят к категории иллюзий или галлюцинаций.

4.2. Особенности галлюцинаторных образов

Можно выделить семь особенностей, которыми галлюцинаторные образы отличаются от обычных:

1. *Отношение больного к галлюцинациям* и их влияние на больного может быть различным:

- встречается *нейтральное отношение*, когда больные спокойно реагируют на них;
- галлюцинации могут носить *императивный характер*, когда голос приказывает больному что-то сделать, на

пример, «сжечь свои вещи» или «выбросить деньги»;

- «голоса» бывают *устрашающими*, например, угрожают убить. Под влиянием таких голосов больные могут совершать те или иные поступки (так, упомянутые больные действительно сожгли вещи, выбросили деньги).

2. Нередко больные отрицают наличие галлюцинаций, но их

поведение выдает, что они галлюцинируют.

Например, беседуя с врачом, больной вдруг говорит «голосу»: «Не мешай, видишь, я занят», другой прогоняет «мышей», которые якобы ползут по его рукаву. При обонятельных галлюцинациях больные могут отказываться от еды: «Пахнет бензином, керосином, гнилью».

3. Больные, как правило, не могут отличить галлюцинационные образы от образов, получаемых от реальных предметов.

4. Галлюцинаторный образ проецируется вовне. Больной, страдающий галлюцинациями, может точно указать местонахождение галлюцинаторного образа. Он говорит о том, что этот образ находится «направо», что «машина стоит внизу перед окном».

5. Галлюцинаторный образ, как правило, чувственно окрашен: больные различают тембр «голоса», принадлежность его

112

мужчине, женщине, они видят окраску, яркую, темную, маленьких или больших животных. Эта яркая чувственность роднит галлюцинаторный образ с образом, получаемым от реальных предметов.

6. Галлюцинаторный образ возникает произвольно. Больной не ждет его вызвать, не может от него избавиться, галлюцинации возникают помимо его желаний, волевых усилий.

7. Возникновение галлюцинаторного образа сопровождается отсутствием критичности. Больного невозможно убедить в том, что предмета, вызвавшего галлюцинаторный образ не существует.

В подтверждение можно привести примеры, взятые из историй болезни: «Как же вы не видите, - возражает больной на уверения врача, что в

комнате никого нет — ведь вот стоит собака, вон там в правом углу, уши подняты, шерсть рыжая, ну вот же, вот она», или: «Как же вы не слышите, ведь вот совершенно ясно мужской голос приказывает мне «подыми руку, подыми руку, это голос курильщика с хрипотцой».

Переубеждать галлюцинанта бесполезно — болезненный симптом проходит лишь с улучшением общего состояния.

4.3. О механизме галлюцинаций или к вопросу о природе обманов чувств

Вопрос о механизмах галлюцинаций ставился неоднократно. Вначале их связывали с нарушением рецепторов; потом - с нарушением отдельных участков центральной нервной системы; наконец - с интенсификацией представлений (тормозная теория галлюцинаций). Остановимся на последней из теорий подробнее.

Основанием для нее послужили высказывания И. П. Павлова о том, что галлюцинации возникают в гипнотической парадоксальной фазе. И действительно, ряд клинических фактов говорит в пользу такого заключения.

Выявилось, что галлюцинаторные образы усиливаются при засыпании и в момент пробуждения; с другой стороны, прием таких стимулирующих лекарств, как кофеин, фенамин, ослабля-

113

ет галлюцинирование, в то же время прием тормозящих препаратов (бром, снотворные, феназепам и др.) активизирует галлюцинаторный процесс.

Исходя из того положения, что при парадоксальной фазе слабые раздражители приобретают большую силу, а сильные, напротив, тормозятся, Д. Б. Попов считал, что представления под влиянием гипноидных фаз интенсифицируются и проецируются как реальные предметы во внешнее пространство. Отсюда эта теория называется тормозной, механизмом же галлюцинаций, согласно Д. Е. Попову, является интенсификация представлений.

Неудовлетворенная этими гипотезами С. Я. Рубинштейн разработала следующую методику: больным предлагались записанные на магнитофонной ленте слабо различимые звуки, которые носили предметный характер (шелест бумаги, бульканье воды), характер других являлся неопределенным.

Эксперимент показал следующее: в то время как здоровые испытуемые различали источники звуков, у больных эти эксперименты вызвали обманы слуха. С. Я. Рубинштейн описывает, как

одна больная слышала при звуке шелеста бумаги слова: «Ты дрянь, ты дрянь...», другая слышала рыдания, больной, в прошлом моряк, слышал звон склянок, прибой моря.

В результате С. Я. Рубинштейн пришла к выводу, что одним из важных патогенетических условий формирования галлюцинаций является затрудненность прислушивания и распознавания звуков, а если вообще - затруднения деятельности анализатора.

Данный механизм возникновения галлюцинаций подтверждают факты наблюдений за психически здоровыми людьми. В литературе описаны случаи, когда галлюцинаторные переживания возникали:

1) в условиях сенсорного дефицита (у водолазов, у людей в баро- и сурдокамерах);

2) у слабовидящих и слабослышащих (но не у слепых и не у глухих).

Проведенные эксперименты позволили С. Я. Рубинштейн усомниться в правомерности определять галлюцинации как ложные восприятия, возникающие без наличия обуславливаю-

114

щих их раздражителей во внешней или внутренней среде. По ее мнению, *более правильным будет понимать галлюцинации как реакции на ложно воспринимаемые раздражители.*

4.4. Псевдогаллюцинации

Особый интерес для клинического психолога представляет тот вид галлюцинаторных расстройств, который носит название псевдогаллюцинаций. Они были впервые подробно описаны русским психиатром В. Х. Кандинским и французским психиатром П. Клерамбо.

В книге «О псевдогаллюцинациях» В. Х. Кандинский проводит отличие псевдогаллюцинаций как от истинных галлюцинаций, так и от образов памяти и фантазий:

1. «Эти образы не имеют характера объективной действительности, напротив, они прямо сознаются как нечто субъективное, аномальное, весьма отличное от обыкновенных образов воспоминаний и фантазий».

2. В отличие от галлюцинаций, псевдогаллюцинации проектируются не во внешнем пространстве, а во «внутреннем» - голоса звучат «внутри головы», больные их

слышат как бы
«внутренним ухом»; видения воспринимаются
«умственным»
взором, «духовными очами». Галлюцинации для
больного - са
ма действительность, псевдогаллюцинации
переживаются им
как субъективное явление. Как и галлюцинации,
псевдогаллю
цинации возможны во всякой чувственной
сфере: они могут
быть тактильными, вкусовыми, кинестетическими.
Но в любом
случае они не идентифицируются с реальными
предметами и их
качествами.

3. В отличие от воспоминаний и
фантастических образов,
псевдогаллюцинации представляются более
отчетливыми и жи
выми, причем образы являются одновременно в
мельчайших
деталях, стойкие и непрерывные.
Псевдогаллюцинации возни
кают спонтанно, независимо от воли больного,
они не могут
быть произвольно изменены или изгнаны из
сознания.

115

4. При псевдогаллюцинациях очень часто
отсутствует ощущение собственной деятельности,
активности, как это бывает в норме при
воспоминаниях, мышлении, фантазировании
человека. Иногда псевдогаллюцинации носят
характер навязанности: они кем-то «сделаны»;
больные жалуются, что им «насильно показывают
картины», «вызывают звучание мыслей», «дейст
вуют помимо воли языком, говорят слова, которые
он не хочет произносить», «руками, ногами, телом
кто-то действует» и т. д. Наступает уже описанная
нами выше деперсонализация: собственная
психическая продукция становится чужой.

4.5. Синдром Кандинского-Клерамбо

Сочетание псевдогаллюцинаций с симптомом
отчуждения, «сделанности» в патопсихологии
носит название синдрома Кандинского.

Основной радикал синдрома Кандинского - это
чувство «сделанности» мыслей, чувств,
восприятия, утрата их принадлежности
собственной личности, чувство овладения,
воздействия со стороны.

Различают три компонента этого синдрома:

1) идеаторный - «сделанность»,

насильственность, раскры-
тость мыслей;

2) сенсорный - «сделанность» ощущений;

3) моторный - «сделанность» движений.

Природа и психологические механизмы этого синдрома во многом остаются загадкой.

5. Нарушение мотивационного компонента восприятия

Выше было показано, что снижение обобщения приводит к агнозиям, а изменения функционального состояния деятельности анализаторов - к обманам чувств. А теперь зададимся вопросом, как влияет на перцептивную деятельность изменение мотивационного компонента восприятия?

116

Ответ на этот вопрос был получен Б. В. Зейгарник и сотрудниками ее лаборатории при исследовании восприятия больных с так называемым лобным синдромом, у которых выражены нарушения подконтрольности и произвольности, поведение которых отличалась аспонтанностью, отсутствием коррекции. Начнем с примеров.

Больной, получивший тяжелую травму левой лобной доли, с трудом узнавал предметы, нарисованные пунктиром или затушеванные, был не в состоянии схватить и передать смысл двух картин, последовательно изображающих несложные сюжеты (на одной картине двое ребят курят у стога сена; на другой - они убегают от загоревшегося стога). Больной: «Здесь двое сидят, а здесь двое бегут». Больной не замечает, что речь идет о последовательном изображении.

Не правда ли, похоже на агнозию? Но это не так. О том, что затруднения узнавания являются псевдоагностическими, говорит тот факт, что стоило попросить больного «внимательно посмотреть», как он давал адекватный ответ. Затрудненность узнавания в данном случае не является агностическим расстройством в узком смысле этого слова, а является следствием того, что больные не осуществляли активного поискового процесса, который всегда включен в акт восприятия.

Особенно большие трудности вызывает у больных с поражением лобных долей мозга понимание серий картинок, изображающих в последовательном порядке какой-нибудь сюжет. Так, одному такому больному с поражением базальных отделов лобных долей мозга была предъявлена серия из пяти картинок, изображавших погоню волка за мальчиком по

снежной поляне в лесу. «Ишь ты озорник, влез на дерево, за яблоками, что ли», — говорит больной, едва взглянув на эту картинку. После настойчивой просьбы экспериментатора посмотреть внимательнее больной правильно описывает сюжет.

Таким образом, приведенные данные показывают, что существенную роль при таких нарушениях играет нарушение подконтрольности, произвольности, т. е. страдает мотивационный компонент восприятия.

117

Эта произвольность проявляется еще в одном своеобразном феномене - у подобных больных не наступает смены фигуры и фона в обратимых фигурах Рубина. Как известно, если длительное время фиксировать изображение, процесс смены фигуры и фона наступает сам собой; в противном случае достаточно обратить внимание испытуемого на возможность такой смены, чтобы произвольно вызвать этот процесс. У описываемых больных этот процесс смены фигуры и фона не может быть произвольно вызван.

Точно так же у них не возникает гипотез при предъявлении пятен Роршаха.

Приведем *два доказательства* того, что отмеченные нарушения восприятия имеют личностную обусловленность.

Первое (теоретическое) - от Фрейда.

В американской психологии термином личность обозначается некоторая интегративная система, которая обеспечивает целостность и постоянство поведения индивида и которая постоянно подвергается опасности разрушения либо со стороны запретных инстинктивных влечений, либо со стороны налагаемых внешним миром требований (собака снизу и собака сверху). Наличие такого постоянно действующего конфликта создает определенный уровень тревожности. При его возрастании запускаются в ход механизмы психологической защиты, целью которых является устранение источника беспокойства, возвращение личности к состоянию комфорта.

В качестве примера остановимся на той форме психологической защиты, которая носит название перцептивной. Приведение в действие механизма перцептивной защиты связано со степенью структурированности перцептивного материала. Неопределенная, конфликтная или незнакомая ситуация, требующая перестройки поведенческих схем, приспособления к новым отношениям, может привести к возрастанию уровня тревожности. Непереносимость неопределенности и вызывает перцептивную защиту (например, отрицание очевидного факта), т. е. расстройство восприятия.

Второе (экспериментальное) доказательство по Б. В. Зейгар-ник. Экспериментальная методика состояла в следующем. Испытуемым предъявлялись сложные сюжетные картинки и картинки с неясным сюжетом в условиях разной мотивации, которая создавалась, во-первых, с помощью различных инструкций; во-вторых, - разной степенью неопределенности изображений.

Используемые в эксперименте картинки представляли собой изображения более или менее сложных ситуаций (мать купает ребенка, группа чем-то взволнованных женщин и т. д.), нечеткие снимки объектов (цветы, мокрая мостовая, пятна Рорша-ха). Различие инструкций состояло в следующем. В варианте «А» карточки-картинки предлагались с «глухой» инструкцией описать, что изображено. В варианте «Б» сообщалось, что целью эксперимента является исследование воображения. В варианте «В» испытуемых предупреждали, что задачей исследования является определение их умственных способностей. В каждом варианте предъявлялись разные наборы картинок. Таким образом, во всех трех вариантах цель задания оставалась неизменной, менялась лишь его мотивация.

В экспериментах участвовали здоровые испытуемые, больные эпилепсией и больные шизофренией.

Здоровые испытуемые. В условиях варианта «А» процесс восприятия не обуславливался экспериментально заданной мотивацией. В силу этого непосредственная цель деятельности - содержательная интерпретация - не приобретала самостоятельной побудительной силы.

Качественно иные результаты были получены в вариантах «Б» и «В», где введенный инструкцией мотивов задавал определенную направленность деятельности.

В норме это выразилось в том, что у испытуемых появился интерес к заданию и оценке экспериментатора. Изменился и характер формулировок гипотез - они стали более развернутыми, эмоционально насыщенными. Центральное место в описании сюжетных картинок стало занимать раскрытие внутреннего мира изображенных персонажей. Исчезли формальные ответы.

Особенности восприятия у больного эпилепсией покажем на примере высказываний больного при предъявлении картинки, где изображена группа взволнованных женщин.

«На этой картинке изображены несколько человек. Слева стоит женщина, около нее другая. Волосы темные у нее, она сложила руки на груди и

плачет. К ней бежит мальчик, поднявши руки, вроде, успокоить хочет... Сзади мальчика женщина держит ребенка или он на чем-то сидит, прижался к ней, обняв ее правой рукой... В левом углу еще две женщины стоят...» и т. д.

Приведенный пример показывает, как деятельность, вначале направленная на содержательную интерпретацию картинки, превращается в скрупулезное описание отдельных ее фрагментов. В некоторых случаях это тормозит процесс выдвижения гипотез, приводя к возникновению формальных ответов.

Иной вид имеет деятельность восприятия больных шизофренией. Несмотря на «интеллектуальную» направленность исследования, больные не проявляли интереса к заданию, не реагировали на оценку экспериментатора, не исправляли свои ошибки. Деятельность больных характеризуется чрезвычайной свернутостью, отсутствием поисковой активности, столь выраженной в норме. Высказывания больных крайне лаконичны, малоэмоциональны и в основном лишь обобщенно констатируют некоторое сюжетное или предметное содержание картинок: «Какое-то несчастье», «Человек задумался».

Таким образом, анализ результатов исследования в вариантах «А», «Б» и «В» позволил установить зависимость восприятия от мотивации. С введением смыслообразующих мотивов образуется новая мотивационная структура, разная в норме и патологии.

6. Формы нарушения восприятия при различных заболеваниях

Как показано выше, нарушения восприятия имеют различные причины и разные формы проявления. Знание этих особенностей позволяет психологу участвовать в постановке диагноза,

120

а знание механизмов нарушений - в разработке и осуществлении коррекционных программ.

При локальных поражениях головного мозга наблюдаются два вида нарушений:

1. Сенсорные расстройства (нарушение ощущения высоты, цветоощущения и т. д.). Эти нарушения связаны с поражениями подкорковых уровней анализаторных систем.

2. Сложные гностические расстройства, отражавшие нарушение разных видов восприятия (восприятие предметов, пространственных отношений). Эти нарушения связаны с пораже

нием корковых зон мозга.

У больных с невротами и невротоподобными состояниями отмечаются нарушения болевой чувствительности. Чаще встречается не снижение, а усиление болевого ощущения, так называемые «психогенные» боли, что также является нарушением восприятия. При переживании боли большая роль отводится ожиданию, боязни боли, хотя, по исследованиям Б. Д. Карва-сарского, не существует боли, лишенной материальной основы, даже когда речь идет о психогенных болях. При этом важно установить соотношение сенсорного и эмоционального компонентов переживания боли для выбора правильного лечения: преобладание медикаментозного воздействия или психотерапевтического.

У эпилептоидных больных восприятие чрезмерно детализировано и малопродуктивно. Можно сказать, что они «за деревьями» не видят леса.

У больных шизофренией трудности узнавания объектов связаны большей частью с апатобулическим синдромом и эмоциональной амбивалентностью.

При психопатиях возбудимого круга повышается чувствительность при повышении эмоционального тонуса.

При психопатиях тормозного типа отмечается ригидность и снижение чувствительности также при повышении эмоционального тонуса.

При реактивных депрессиях восприятие нарушено по-разному, и зависит от клинической картины:

121

а) при депрессивно-параноидном синдроме - аффективное искажение восприятия;

б) при астено-депрессивном - фрагментарность восприятия с трудностями концентрации внимания и его переключения;

в) при истеро-депрессивном — восприятие отличается внушаемостью, в силу чего возможны псевдодиагнозы.

7. Методы исследования восприятия

Исследование восприятия можно проводить клиническими и экспериментально-психологическими методами.

Клинический метод применяется в случаях, когда необходимо исследование болевой, тактильной, температурной, вибрационной или слуховой чувствительности, проводится с помощью специально подобранных волосков, щетинок, игл, анамало-лоскопов, аудиометров и др. Осуществляют

такую диагностику обычно врачи.

Для исследования более сложных слуховых и зрительных функций используются *экспериментально-психологические методы*, например, комплекс методик, предложенный Е. Ф. Бажиным.

Так, для выявления зрительной агнозии используют *наборы разнообразных предметов и их изображений*. В начале исследования зрительного гнозиса испытуемому предлагают четкие изображения предметов (можно использовать «Классификацию предметов»). Испытуемый должен узнать предмет. Затем ему предлагают более сложные рисунки, например, перечеркнутые и наложенные друг на друга изображения (*таблицы Поппельрей-тера*). Иногда для исследования зрительного восприятия используют также *таблицы Равена*.

Для исследования сенсорной возбудимости на фоне органических изменений головного мозга используют *таблицы с движущимися квадратами*, или «*волнистый фон*», предложенные М. Ф. Лукьяновой.

Для исследования зрительного восприятия используют *та-хистоскопический метод* (предъявление изображений в течение определенного времени); а в случае необходимости исследова-

122

ния слухового восприятия — *идентификацию магнитофонных записей*. Для этого необходимо иметь звукозаписи, на которых записаны разные звуки: шелест страниц переворачиваемой книги, журчание воды, звон стекла, свист, шепот и т. д. С помощью этого метода, как вы уже знаете, можно обнаружить нарушения мотивационного компонента восприятия, вскрыть механизмы возникновения иллюзий и галлюцинаций у психически больных.

Библиографический список

1. Атлас для экспериментального исследования психической деятельности человека / Под ред. И. А. Полищука и А. Е. Видренко Киев, 1980.
1. Бжалава И. Т. Восприятие и установка. Тбилиси, 1965.
2. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
2. Гиляровский В. А. Учение о галлюцинациях. М., 1949.
3. Гильяшева И. Н. О применении методики ТАТ в диаг

ностике неврозов и шизофрении // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. Л., 1972.

4. Зейгарник Б. В. Биренбаум, Г. В. К проблеме смыслового восприятия // Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. М., 1935. Т. IV. Вып. 6.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1999.
4. Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. М., 1952.
5. Костандов Э. А. Восприятие и эмоции. М., 1977.
5. Рубинштейн С. Я. Экспериментально-психологический подход к исследованию обманов слуха // Невропатология и психиатрия им. С. С. Корсакова. 1971. № 6.
6. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. М., 1970.

123

ЛЕКЦИЯ 11 НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

План лекции:

1. Актуальность и основные направления исследования нарушений памяти.
2. Нарушение непосредственной памяти: «корсаковский синдром» и прогрессирующая амнезия.
1. Нарушение динамики мнестической деятельности.
2. Нарушение опосредованной памяти.
3. Нарушение мотивационного компонента памяти.
3. Нарушение памяти у больных разных нозологических групп.
4. Методики, используемые для исследования памяти.

1. Актуальность и основные направления исследования нарушений памяти

В психологии нет единого определения памяти. В одних случаях память рассматривается как форма психического отражения, в ходе которого происходит оживление в сознании прошлого опыта, образов того, что ранее было воспринято. В других - память определяется как способность хранить и многократно вводить в сферу сознания и деятельности ранее воспринятую информацию. В третьих - памятью называют совокупность информации, накопленную мозгом и управляющую поведением.

Оставив вопрос о поиске универсального определения памяти специалистам и в области общей психологии, подчеркнем, что какого бы подхода мы не придерживались, все они сходятся во взгляде на структуру памяти, согласно которому ее работа складывается из трех последовательных процессов: запечатления, сохранения и воспроизведения прошлого опыта. Поэтому в патопсихологии принято следующее определение памяти:

Память есть совокупность процессов, позволяющих запечатлевать, хранить и воспроизводить прошлый опыт.

124

Каждый из названных процессов может быть нарушен отдельно от других или в сочетании с ними, что делает картину мнестических расстройств очень многообразной.

Большинство больных психиатрической клиники жалуются на расстройства памяти. Это происходит отчасти потому, что признать свою несостоятельность в области запоминания менее обидно, чем сделать то же самое по отношению к своему мышлению, поведению или чувствам. Вместе с тем расстройства памяти действительно являются частым симптомом при заболеваниях мозга. К тому же, ряд нарушений психической деятельности, таких как нарушение работоспособности, нарушения моти-вационной сферы, выступают для самого больного и наблюдающих за ним людей в виде расстройств памяти. Поэтому *проблема расстройств памяти всегда стояла в центре психиатрических и патопсихологических исследований.*

Исследования расстройств памяти особенно важны для разрешения практических вопросов психиатрической клиники. Нередко данные о нарушении памяти, полученные при патопсихологическом эксперименте, не совпадают с представлениями самого больного о характере своей мнестической деятельности.

Например, больные жалуются на ослабление памяти, которое мешает им в работе, в то время как психологическое исследование этого нарушения не выявляет. И наоборот, некоторые больные успешно справляются со своими

профессиональными обязанностями, требующими удержания материала, данные же психологического эксперимента обнаруживают расстройства мнестической деятельности.

Анализ подобного несовпадения оказывается часто очень важным при решении экспертных вопросов, при трудовых рекомендациях, выборе коррекционных мероприятий. Они могут оказаться полезными также при установлении диагноза, разграничении синдромов и в практике восстановительной работы с больными.

Исследования памяти в патопсихологии проводятся в следующих направлениях:

1) изучение слеодообразования;

125

2) изучение воспроизведения;

3) изучение ретенции (отсроченного воспроизведения).

В патопсихологическом эксперименте исследуется чаще всего непосредственная и опосредованная память. Учитываются также нарушения динамики мнестической деятельности и расстройства мотивации.

2. Нарушение непосредственной памяти: «корсаковский синдром» и прогрессирующая амнезия

Непосредственная память — способность воспроизводить события, опыт, информацию сразу после действия стимула.

К наиболее распространенным нарушениям непосредственной памяти относится «корсаковский синдром» и прогрессирующая амнезия.

«Корсаковский синдром» — это нарушение памяти на текущие события при относительной сохранности событий прошлого.

Корсаковский синдром впервые был описан известным отечественным психиатром С. С. Корсаковым при тяжелых алкогольных интоксикациях. Этот вид нарушений памяти часто сочетается с конфабуляциями (больные заполняют пробелы памяти вымышленными событиями), иногда у них наблюдается дезориентировка во времени и пространстве. Два последних признака могут быть слабо выражены, но первый (нарушение памяти на текущие события) составляет основной радикал этого расстройства. Впоследствии оказалось, что корсаковский синдром может обнаружиться и при других поражениях мозга неалкогольного генеза.

Вот пример из клиники.

Больной может правильно назвать события из своего детства, школьной жизни, помнит исторические даты, но не может вспомнить, обедал

ли он сегодня, посетили ли его вчера родственники, беседовал ли с ним сегодня врач и т. п. Если подобного больного спросить, навещали ли его сегодня родственники, нередко можно получить ответ: «Я не помню, но у меня в кармане папиросы - значит, жена приходила».

126

Такие больные здороваются по несколько раз в день один и тот же вопрос, обращается помногу раз с одной и той же просьбой, производят впечатление назойливых людей.

Встает вопрос, *является ли забывание недавнего прошлого следствием дефекта воспроизведения или это дефект удержания материала*. Ряд хорошо известных в медицинской психологии экспериментальных данных говорит о том, что речь идет о плохом воспроизведении. Приведем эти данные.

Еще в 1911 г. швейцарский психолог и врач Э. Клапаред описал интересные факты, выступившие у подобных больных. Э. Клапаред несколько дней подряд здоровался с больным, при этом незаметно для больного колол его при рукопожатии спрятанной иглой. Больной перестал подавать Э. Клапареду руку, но при этом не узнавал его, не помнил ни самого факта укола, ни того, что с ним здоровались.

В лаборатории Б. В. Зейгарник были поставлены следующие эксперименты с больным, у которого после тяжелого брюшного тифа развился корсаковоподобный амнестический синдром. Больной должен был в течение некоторого времени нажимать на кнопку при зажигании зеленой лампочки. На следующий день больной, введенный в кабинет, не только не помнил, что он вчера делал, но отрицал сам факт того, что он вчера был в этом кабинете, не узнавал экспериментатора, однако, когда стала зажигаться лампочка зеленого цвета, он стал нажимать на кнопку и не производил этого действия, когда зажигалась лампочка другого цвета. Спрошенный, почему он это делает, больной удивленно пожал плечами: «Не знаю».

Какие же выводы мы отсюда должны сделать? Эти и многие другие экспериментальные факты свидетельствуют о том, что *при корсаковском синдроме процессы запечатления и сохранения опыта у больных не нарушены, данное расстройство по преимуществу является следствием нарушения процесса воспроизведения*.

Одним из примечательных особенностей при корсаковском синдроме являются *конфабуляции*, то есть заполнение провалов памяти несуществующими событиями. Так, один из больных

заявил, что он сегодня «ходил в лесок по грибы», другой «вспомнил», что «он вчера был дома и ему там устроили пышную встречу». Это наводит на мысль о существовании какого-то парадоксального механизма восполнения дефекта, который подтверждается и другими наблюдениями.

В подтверждение приводим выписки из истории болезни (как всегда по Б. В. Зейгарник), внесенные в нее психиатром и клиническим психологом.

Врач-психиатр: Во время беседы больной нечаянно пролил чернила, испачкав рукав халата. На вопрос, откуда взялись чернильные пятна на столе и рукаве, больной отвечает: «Не знаю, вероятно, дали мне такой халат». Утверждает, что ходил сегодня в «рощу березовую гулять». Указанные конфабуляторные высказывания держатся стойко, больной повторяет их в одних и тех же вариантах, упорно настаивая на своем, не поддаваясь разубеждению. Также упорно и настойчиво отрицает факты, имевшие место в действительности. При этом больной помнит события и факты своей прошлой жизни, год женитьбы и т. д. Нарушения памяти больной не замечает, утверждая, что у него прекрасная память.

Психолог: Больной без всякой заинтересованности относится к эксперименту. Он не может выполнять задания, требуемого учета прежних действий. Так, классифицируя картинки, он образует много одноименных групп. Когда больной образовал 2 группы животных и экспериментатор обратил его внимание на это, больной удивился: «А разве я уже собирал животных?» Задания же, не требующие запоминания только что совершенных действий, больной выполняет: объясняет правильно переносный смысл поговорки, метафоры, справляется с заданием, требующим исключения лишних предметов, но спустя 3 минуты, не помнит, что выполнял эти задания.

Выявляются грубые нарушения памяти: из 5 предъявленных слов он воспроизводит после 5-кратного повторения лишь последнее. Результаты четырех предыдущих воспроизведений: 1, 2, О, 1 слово. Применение опосредования (по методу А. Н. Леонтьева) ему не помогает. Из 10 слов он запомнил лишь 2 слова (хотя

2 слова (хотя сам процесс опосредования ему в принципе доступен). Точно так же больной не может воспроизвести сюжет простого рассказа («Галка и голуби»).

Экспериментатор: «Почему Галка полетела к голубям?»

Больной: «И кто ее знает, захотела и полетела».

Экспериментатор: «Может, она слышала, что у голубей хорошая пища была?»

Больной: «Может быть, галки прожорливые, но и голуби тоже любят поклевать».

Экспериментатор: «Ну, а кто кого выгонял из гнезда? Кто перекрасился?»

Больной: «Никто никого не выгонял. Какая раскраска? Не понимаю, о чем вы толкуете?»

Спустя 10 минут больной отрицает сам факт исследования, говорит, что никогда не видел экспериментатора.

Корсаковский синдром часто сочетается также с нарушением ориентировки во времени. Былые события причудливым образом сочетаются с настоящим. Нарушается линейность времени, то есть возможность упорядочения и увязывания отдельных отрезков жизни между собой. Особенно ярко эта сторона нарушения наблюдается при прогрессирующей амнезии.

Прогрессирующая амнезия — это одно из наиболее тяжелых расстройств памяти, она распространяется не только на текущие события, но и на прошедшие: больные не помнят прошлого, путают его с настоящим, они смещают хронологию событий, у них выявляется дезориентировка во времени и пространстве. Временами такие нарушения памяти носят гротескный характер. Например, одной больной казалось, что она живет в начале прошлого века, что только что кончилась первая мировая война и началась Октябрьская революция. Другой больной с таким нарушением (в прошлом официант в ресторане) считал, что он во время обеда обслуживает посетителей, требовал, чтобы они (больные) ему заплатили за еду, иначе он позовет «хозяина».

Подобные нарушения памяти отмечаются часто при психических заболеваниях позднего возраста, в основе которых лежит прогрессирующая, качественно своеобразная деструкция коры

головного мозга. Клинически болезнь характеризуется неуклонно прогрессирующими расстройствами памяти: сначала снижается способность к запоминанию текущих событий, потом недавнего прошлого, затем стираются в памяти события последних лет и отчасти давно прошедшего времени. Наряду с этим сохранившееся в памяти отдаленное прошлое приобретает особую актуальность в сознании больного. Он живет не в настоящей реальной ситуации, которую не воспринимает, а в обрывках ситуаций, действий, положений, имевших место в далеком прошлом.

Такие расстройства памяти, характеризующиеся «*жизнью в прошлом*», ложным узнаванием окружающих возникают в основном при старческом слабоумии. В основе его лежит

диффузный, равномерно протекавший атрофический процесс коры головного мозга.

3. Нарушение динамики мнестической деятельности

Описанные выше нарушения памяти носят в основном стабильный характер. В других случаях память психически больных может оказаться нарушенной со стороны ее динамики, больные в течение какого-то отрезка времени хорошо запоминают и воспроизводят материал, однако спустя короткое время не могут этого сделать, то есть на первый план выступают колебания их мнестической деятельности.

Если такому больному предложить запомнить 10 слов (при десяти предъявлениях) и изобразить количество воспроизведенных слов в виде кривой, то последняя будет носить ломаный характер. Больной может после второго или третьего предъявления запомнить 6-7 слов, после пятого - лишь 3 слова, а после шестого - опять 6 слов.

Оценка памяти подобных больных в терминах «память больного снижена», «память больного не нарушена» не является адекватной.

Точно такой же лабильный характер носит воспроизведение какого-нибудь текста. Больные то подробно с детализацией вос-

130

производят содержание басни, рассказа, то вдруг не в состоянии передать более легкий сюжет.

Нередко также нарушения памяти сочетаются с амне-стическими западениями в речи: больные вдруг забывают названия каких-либо предметов, явлений, через короткое время спонтанно их вспоминают. Иными словами, мнестическая деятельность больных носит прерывистый характер. Нарушается ее динамическая сторона.

Подобные нарушения памяти встречаются у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга, у больных, перенесших травмы головного мозга (в отдаленном периоде болезни), при некоторых интоксикациях и профвредностях.

Заслуживает внимания тот факт, что *подобные нарушения динамики мнестической деятельности редко выступают у больных в виде изолированного моносимптома.*

Нарушение динамики мнестической деятельности проявляется в сочетании с прерывистостью всех психических процессов больных и по существу является не нарушением памяти в узком смысле слова, а индикатором неустойчивости умственной работоспособности больных в целом, ее истощаемости.

Следует отметить, что *одним из показателей нарушений динамики мнестической деятельности является возможность ее улучшения при*

применении средств опосредования. В повседневной своей жизни больные сами прибегают к такому способу, отмечая: «Я уже стал делать себе отметочки на память», «Я себе примечаю что-нибудь, чтобы мне напомнило».

Однако в некоторых случаях выступили парадоксальные факты: операция опосредования (например, метод пиктограмм) приводила не к улучшению, а к ухудшению процесса воспроизведения.

Нарушение динамики мнестической деятельности может выступить и как следствие аффективно-эмоциональной неустойчивости. Аффективная дезорганизация больного, часто сопутствующая многим органическим заболеваниям (посттравматического, инфекционного и другого генеза), может проявиться в забывчивости, в неточности усвоения, переработки и воспро-

131

изведения материала. Точно так же может действовать и аффективная захваченность больного, приводящая к забыванию намерений, недифференцированному восприятию и удержанию материала. Во всех этих случаях измененным оказывается именно динамический компонент памяти.

Клиническому психологу следует иметь в виду, что правильная квалификация нарушений динамики мнестической деятельности., установление степени этих изменений имеет большое значение для самых различных разделов психиатрической практики, особенно при решении вопросов трудового восстановления и трудовых рекомендаций. Утрату своей работоспособности больные нередко объясняют снижением памяти, особенно часто такое объяснение применяется при снижении учебной успеваемости. Больные пытаются «тренировать» свою память, заучивать, по много раз повторять материал. Между тем забывчивость эта, как мы только что показали, является не моносимптомом, а проявлением нарушенной работоспособности больных в целом.

Коррекционная работа в подобных случаях должна состоять либо в создании условий, предупреждающих наступление истощаемости, либо в нахождении путей, которые могут компенсировать невозможность удержания цели.

4. Нарушение опосредованной памяти

Опосредованное запоминание - это использование промежуточного, или опосредующего, звена (узелки, пиктограммы, рисунки и т. п.) для улучшения памяти.

Из общей психологии (работы А. Н. Леонтьева)

известно, что акт опосредования своих действий является адекватным свойством психической деятельности зрелого человека, что одним из показателей развивающейся личности является формирование умения опосредовать свое проведение. При этом опосредование, несмотря на то, что оно отвлекает на себя усилия человека, не заслоняет собой содержания мнестической деятельности и не ухудшает памяти.

У больных фактор опосредования, улучшающий запоминание в норме, часто становятся помехой. Этот факт был еще в 1934 г. впервые описан Г. В. Биренбаум. Исследуя больных разных нозологии с помощью метода пиктограммы, она показала, что больные утрачивают возможность опосредовать процесс запоминания.

Как известно, метод этот, предложенный А. Р. Лурия, состоит в следующем: испытуемый должен запомнить 14 слов. Для лучшего запоминания ему нужно придумать и зарисовать на бумаге что-либо такое, что могло бы в дальнейшем помочь воспроизвести предложенные слова. Никаких записей или пометок буквами делать не разрешается. Испытуемые предупреждены, что качество их рисунка не имеет значения. Точно так же не учитывается и время выполнения этого задания.

Задание по методу пиктограммы может быть выполнено двумя способами.

Первый заключается в том, что изображение представляет собой условное обозначение понятия, заключенного в слове. Например, для запоминания слова «развитие» можно нарисовать любую маленькую и большую фигуру (квадрат, круг), для слова «сомнение» - вопросительный знак и т. п.

При втором способе выполнения задания условно изображается, например, понятие, менее общее по сравнению с заданным; первое должно служить как бы условным знаком для второго. Например, «развитие» - «развитие промышленности», «развитие умственное» и т. п. То же с предметом и т. д.

Посмотрим, в чем состоит *психологический механизм опосредованного запоминания*. Задание требует умения увязать понятие, обозначаемое словом, с любым более конкретным понятием. Вполне очевидно, что круг значений слова шире, чем то, что можно обозначить рисунком. Вместе с тем и значение рисунка шире, чем смысл слова. Задача будет выполнена только тогда, когда испытуемый может отвлечься от многообразия конкретных значений, которые содержат понятие, обозначаемое заданным словом, когда он может от тормозить все частные значения, связанные с ним. Иными словами, выполнение этого за-

дания возможно при определенной уровне обобщений и отвлечения, так как значение рисунка и слова должны совпадать лишь в какой-то своей части. Именно в этом умении уловить общее в рисунке и слове заключается основной механизм активного образования условного значения. Наблюдение показывает, что у больных разных нозологических групп этот механизм работает по-разному. Приведем некоторые иллюстрации по наблюдениям Б. В. Зейгарник.

Пример 1. У группы больных эпилепсией эксперимент на опосредованное запоминание вызывал значительные трудности. При инструкции найти рисунок для запоминания слова «развитие» больной К. говорит: «Какое развитие? Оно бывает разное: и развитие мускулов, и умственное развитие. Какое же вы хотите?» Этот больной затрудняется придумать рисунок для запоминания слова «разлука». «По-разному можно разлучаться: можно с любимой, или сын уходит на войну, или просто друзья расстаются. Не понимаю, что нарисовать?» Другой больной затрудняется найти рисунок для запоминания словосочетания «больная женщина». Он пытается нарисовать кровать, но тут же заявляет, что этот рисунок не подходит, так как больная женщина не обязательно должна лежать: «У нее может быть грипп, и она его на ногах переносит». Тогда испытуемый решает нарисовать столик с лекарствами, но и это его не удовлетворяет: «Ведь не обязательно больная женщина лекарства принимает». В результате из-за чрезмерной конкретизации больные хуже запоминают слова, когда они пытаются прибегнуть к опосредованию.

Пример 2. Процесс опосредования мало помогал и больным, которые устанавливали чрезмерно формальные связи, например, связи по созвучию. Так, для запоминания слова «сомнение» больной нарисовали рыбу-сом, потому что «у них одинаково звучат первые слоги». Или для слова «дружба» больной нарисовал треугольник и квадрат, поскольку «треугольник это одно, а квадрат - другое».

Знание особенностей нарушения механизма опосредованного запоминания позволяет клиническому психологу участвовать в постановке диагноза основного заболевания, а также разраба-

тывать коррекционные программы, позволяющие скомпенсировать рассматриваемый мнемический дефект.

5. Нарушение мотивационного компонента памяти

Более 70 лет назад, а именно, в 1927 году, был

открыт уже известный нам из курса общей психологии «*эффект Зейгарник*» или так называемый «*феномен воспроизведения незавершенных действий*». Эксперимент заключался в следующем.

Испытуемому предъявлялся ряд задач (от 18 до 22), которые он должен был выполнить. Это были сравнительно легкие задания различного типа: зарисовать монограмму, сложить определенную фигурку из спичек, нанизать бусы, написать стихотворение, вырезать из бумаги спираль, слепить коробочку из картона, обратный счет (письменно), нарисовать вазу, из бумаги сложить фигурки, умножение трехзначных чисел, из проволоки, сделать фигурку, решить кроссворд, составить ландшафт (испытуемым даются муляжи — деревья, животные, люди, дома - из цветного картона) и т. п.

Инструкция: «Вам будет предложен ряд заданий, постарайтесь их выполнить по возможности точнее и быстрее». Половину предложенных задач испытуемый выполнял до конца, половина же их прерывалась экспериментатором до того, как испытуемый их завершит. Прерывание происходило таким образом, что экспериментатор предлагал испытуемому другую работу. Если испытуемый спрашивал, что делать с незавершенным заданием, экспериментатор делал вид, что не расслышал вопроса или занят протоколом; во всяком случае, испытуемый не получал четкого, определенного ответа.

Сразу после выполнения испытуемым последнего задания экспериментатор спрашивал: «Скажите, пожалуйста, какие вы выполнили задания?» Время, в течение которого испытуемый называет задания, не ограничено. Экспериментатор записывает названные задания в порядке их воспроизведения испытуемым.

Как правило, воспроизведение носит вначале плавный характер, после чего наступает остановка потока перечисленного.

Испытуемый начинает активно «отыскивать», «перебирать» в своей памяти предложенные ему задания. После окончания опыта экспериментатор спрашивает о том, какие задания показались ему более интересными или приятными. Данные экспериментов показали, что испытуемые запоминали лучше незавершенные действия. При этом отношение воспроизведенных незаконченных действий [НД] к воспроизведению законченных [ЗД] равнялось 1,9. Преимущество воспроизведения незавершенных действий по отношению к завершенным проявилось не только в количественном отношении, но и в том, что незавершенные задания назывались первыми.

Попытаемся осмыслить *психологический механизм наблюдаемого эффекта*.

Выявленная закономерность может быть объяснена следующим образом. У любого здорового испытуемого ситуация опыта вызывает какое-то личностное отношение к ней. У одних это желание проверить себя, свои возможности - экспериментальная ситуация приобретает в таких случаях характер некой «экспертизы», контроля. У других испытуемых ситуация эксперимента вызывала некий задор: «Хотелось и себе, и вам показать, что я хорошо справляюсь с задачами». Наконец, третьи испытуемые выполняли экспериментальные задачи из чувства «долга», «вежливости». Как бы то ни было, у любого испытуемого возникал какой-то мотив, ради которого он выполнял задание.

При незавершенности действия намерение остается неосуществленным, появляется некий излишек аффективной заряженности (в терминологии К. Левина, «динамическая система»), которая проявляет себя в другом виде деятельности, в данном случае - в воспроизведении. Применительно к приведенным данным можно сказать, что деятельность памяти актуализировала ту аффективную готовность, которая образовалась благодаря личностному отношению испытуемого к экспериментальной ситуации.

Здесь необходимо указать на ряд наблюдений, указывающих на роль мотивационного компонента в работе памяти. *Первое* — эффект не проявляется, если вместо нейтральной просьбы: «Скажите, пожалуйста, какие вы выполнили задания?», дать ис-

пытуемому следующее указание: «Опыт проводился для того, чтобы проверить вашу память». Новая мотивация вызывала иной результат.

Другая группа фактов, доказывавшая влияние мотивационного компонента на эффективность памяти, заключалась в следующем: если этот опыт проводился с испытуемыми в состоянии усталости или в ситуации мотивационного насыщения, то тенденция к превалированию при воспроизведении незавершенных действий тоже не обнаруживается, так как в этой ситуации не формироволсь стремление к завершению.

И еще одно доказательство. У больных шизофренией, в психическом состоянии которых отмечалась эмоциональная вялость, искажение мотивов, экспериментаторы не получали эффекта лучшего воспроизведения незавершенных действий.

У больных с ригидностью эмоциональных установок и их гипертрофией (например, при

некоторых формах эпилептической болезни) превалирование воспроизведения незавершенных действий было выражено. Так, если у здоровых испытуемых отношение воспроизведения незавершенных действий, к воспроизведению завершенных равняется 1,9, то у больных шизофренией (простая форма) оно равно 1,1; у больных эпилепсией — 1,8; а у больных с астеническим синдромом - 1,2.

Таким образом, сопоставление результатов воспроизведения незавершенных действий у больных с разной патологией мотивационной сферы указывает на ее роль в мнемической деятельности и на возможность использования данных эффектов в диагностических целях.

6. Нарушение памяти у больных разных нозологических групп

При органических поражениях подкорковых структур головного мозга в большей степени нарушено произвольное воспроизведение и сохранение, в меньшей степени - узнавание и запоминание. Отмечается связь нарушений памяти с психической истощаемостью и снижением сенсомоторной активности.

137

У *больных олигофренией* наблюдаются трудности опосредования, которые заключаются в недоразвитии мышления, неспособности установить условную смысловую связь между стимульным словом и рисунком. При олигофрении нарушена не только смысловая, но и механическая память. У астенических олигофренов отмечается грубая недостаточность чтения, письма, счета и частые ошибки в памяти. У стенических олигофренов более выражено расстройство долговременной памяти.

При эпилепсии отмечается снижение эффективности опосредованного запоминания в сравнении с непосредственным. У больных эпилепсией, а также при органических поражениях головного мозга отмечаются трудности опосредования предложенных понятий с конкретным рисунком. Это является следствием выраженной склонности к чрезмерной детализации, фиксации на отдельных свойствах предметов.

У *больных шизофренией* условность рисунка становится беспредметной и широкой, что перестает отражать реальное содержание слова или рисунок отражает актуализацию слабых, латентных свойств, что также затрудняет воспроизведение. Нарушения оперативной, кратковременной и отсроченной памяти не

выявляются. Наблюдаемое в методиках снижение памяти часто имеет вторичный характер, обусловленный снижением волевого усилия.

У больных неврозами и при реактивных психозах жалобы на снижение памяти часто не подтверждаются экспериментально-психологическим исследованием. При этих заболеваниях в их механизмах ведущая роль принадлежит личностно-мотивационным и эмоциональным расстройствам. Поэтому испытуемый может «работать» под определенное «органическое» заболевание. Однако ошибки могут быть в простых вариантах заданий и отсутствовать в сложных. Снижение памяти и внимания у больных неврозами часто отражает внутреннюю тревогу и беспокойство. Отмечаются психогенные амнезии, которые следуют за психотравмой.

7. Методики, используемые для исследования памяти

1. Десять слов. Испытуемому зачитывают десять одно-двухсложных слов, затем он их повторяет в любом порядке 5 раз, данные вносят в таблицу. Спустя 20-30 минут просят воспроизвести слова для проверки ретенции (Например: лес, хлеб, стол, окно, вода, брат, гриб, конь, игла, мед. Или: гора, роза, койка, часы, вино, пальто, книга, окно, пила).

2. Пиктограммы. Этот метод предложен А. Р. Лурией. Испытуемый должен запомнить 15 слов. Для облегчения воспроизведения он должен сделать карандашом рисунок, имеющий смысловую связь со стимульным словом. Никакие записей, пометок делать не разрешается. После окончания работы можно попросить повторить слова, затем повторить их через 20-30 минут. При анализе запоминания важно обратить внимание на то, сколько слов воспроизведено точно, близко по смыслу, неверно, никак. Модификацией этого же задания может служить тест А. Н. Леонтьева, который предлагает не рисование, а выбор предмета, сюжета из предложенных готовых

картинок. Эта методика имеет несколько серий, которые отличаются по степени сложности. Использовать методику А. Н. Леонтьева целесообразно для исследования памяти у детей, а также лиц с невысоким интеллектом.

3. Воспроизведение рассказов. Испытуемому читают рассказ, он воспринимает его на слух или читает рассказ сам. Затем он воспроизводит рассказ устно или записывает. Психолог при анализе учитывает, все ли смысловые звенья воспроизведены, что опущено, не отмечается ли конфабуляций, интерферирующего эффекта. Для запоминания наиболее предпочтительны рассказы: «Галка и голуби», «Муравей и голубка», «Логика», «Колумбово яйцо», «Вечный король» и др.

4. Исследование зрительной ретенции (тест А. Л. Бентона)
Используется пять серий рисунков. В трех сериях предлагается по 10 карточек равной сложности, в двух - по 15 карточек. Карточку в течение 10 секунд предъявляют испытуемому, затем он должен воспроизвести увиденные фигуры на бумаге. Качествен-

139

ный анализ данных проводится в сравнении со специальными таблицами Бентона. С помощью этого теста можно получить дополнительные данные, свидетельствующие об органическом заболевании головного мозга.

Библиографический список

1. Биренбаум Г. В. К вопросу об образовании переносных и условных значений слова при патологических изменениях мышления // Новое в учении об апраксии, агнозии, афазии. М., 1984.
2. Блейхер В. Н. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
3. Блейхер В. М., Машек И. И. Опыт применения психометрических исследований памяти при церебральном атеросклерозе // Невропатология и

- психиатрия. 1974.
№ 12.
4. Бондарева Л. В. Нарушение взаимоотношений непосредственной и опосредованной памяти у больных эпилепсией // Психологические исследования. МГУ, 1971. Вып. 3.
 5. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1976.
 6. Кононова М. П. Руководство по психологическому обследованию психически больных детей. М., 1963.
 7. Логинова С. В., Рубинштейн С. Я. О применении метода «пиктограмм» для экспериментального исследования мышления психически больных. - М., 1972.
 8. Мучник Л. С, Смирнов В. М. Двойной тест для исследования кратковременной памяти // Психологический эксперимент в неврологической и психиатрической клинике / Под ред. И. М. Тонконового. Л., 1969.
 9. Петренко Л. В. Нарушение высших форм памяти. М., 1976.
 10. Психология. Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. М., 1990.

140

11. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М., 1972.
12. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. М., 1970.

Лекция 12 **НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ**

План лекции:

1. Вводные замечания и основные понятия.
2. Нарушение операциональной стороны мышления.
 - 3.1. *Снижение уровня обобщения.*
 - 3.2. *Искажение процесса обобщения.*
3. Нарушение динамики мыслительной деятельности.

- 3.1. *Непоследовательность суждений.*
- 3.2. *Лабильность мышления.*
- 3.3. *«Откликаемость».*
- 3.4. *Инертность мышления.*
- 4. Нарушение мотивационного компонента мышления.
- 4.1. *Разноплановость мышления.*
- 4.2. *Резонерство.*
- 5. Виды патологии мышления.
- 6. Методики для исследования нарушений мышления.

1. Вводные замечания и основные понятия

Нарушения мышления являются одним из наиболее часто встречающихся симптомов при психических заболеваниях. Клинические варианты расстройств мышления чрезвычайно многообразны. Некоторые из них считаются типичными для той или другой формы болезни. При установлении диагноза заболевания психиатр часто руководствуется наличием того или другого вида нарушений мышления. Поэтому во всех учебниках и монографиях по психиатрии, посвященных самым различным клиническим проблемам, мы встречаем высказывания относи-

141

тельно расстройства мышления. Много работ, описывавших расстройства мыслительной деятельности, мы встречаем и в психологической литературе. Однако единой квалификации или единого принципа анализа этих расстройств нет.

В патопсихологии используется определение мышления несколько отличное от общепсихологического.

С точки зрения общей психологии, мышление есть обобщенное, опосредованное отражение действительности в ее существенных, закономерных связях и отношениях.

Для патопсихолога мышление - это деятельность, опирающаяся на систему понятий, направленная на решение задач, подчиненная цели, учитывающая условия, в которых эта задача разрешается.

Схематично это можно представить так (рис. 5):



Рис. 5. Схема мыслительной деятельности.

На основе этой схемы можно рассмотреть нарушения мышления, которые проявляются в расстройстве того или иного компонента мыслительной деятельности.

В патопсихологии выделяются *три основных вида патологии мышления*:

142

1. Нарушение операциональной стороны мышления.
2. Нарушение динамики мышления,
3. Нарушение личностного компонента мышления.

К их рассмотрению мы далее и переходим.

2. Нарушение операциональной стороны мышления

Немного теории. К основным мыслительным операциям относятся, как известно, анализ и синтез, различают также обобщение, отвлечение (абстрагирование), сравнение, противопоставление.

При некоторых формах патологии психической деятельности у больных теряется возможность использовать систему операций обобщения и отвлечения.

Обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи между явлениями и объектами.

Выделяют несколько уровней процесса обобщения:

- категориальный - отнесение к классу на основании главных, существенных признаков (например, оперение у птиц);
- функциональный - отнесение к классу на основании функциональных признаков (поют, летают,

- ключают, не
сут яйца и др.);
- конкретный - отнесение к классу на
основании конкрет
ных признаков (имеют крылья, две ноги,
хвост и др.);
- нулевой (операция обобщения отсутствует) -
перечис
ление предметов либо их функций без
попытки обоб
щить.

При всем многообразии нарушений
операциональной стороны мышления их можно
свести к двум крайним вариантам:

- 1) снижение уровня обобщения;
- 2) искажение самого процесса обобщения.

2.1. Снижение уровня обобщения

Снижение уровня обобщения состоит в том, что
в суждениях больных доминируют
непосредственные представления о предметах и
явлениях, оперирование общими признаками заме
няется установлением сугубо конкретных, часто
случайных связей между предметами.

Особенно четко подобный вид патологии
мышления выявляется с помощью *методики
классификации предметов*. В этом эксперименте
один из больных отказывался объединить в одну
группу козу с волком, «потому что они
враждуют»; другой больной не объединяет кошку и
жука, потому что «кошка живет в доме, а жук
летает». Частные признаки «живет в лесу», «лета
ет» больше определяют суждения больных, чем
общий признак «животные».

Подобные нарушения могут быть в легкой,
умеренно выраженной и выраженной степенях.
*При ярко выраженном снижении уровня
обобщения* больным вообще недоступна задача на
классификацию; для испытуемых предметы
оказываются по своим конкретным свойствам
настолько различными, что не могут быть
объединены.

Пример 1. Даже стол и стул нельзя отнести к
одной группе, так как «на стуле сидят, а на столе
работают и кушают».

Пример 2. В некоторых случаях больные
создают большое количество мелких групп на
основании чрезвычайно конкретной предметной
связи между ними, например: ключ и замок (для
запирания), перо и ручка (для письма), нитка и
иглолка (для шитья), тетрадь и карандаш (для
рисования).

Пример 3. Иногда испытуемые объединяют предметы как элементы какого-нибудь сюжета, но классификацию не производят. Например, одну группу составляют яйцо, ложка, нож; другую - тетрадь, перо, карандаш. При этом больной составляет рассказ: «Он пришел с работы, закусил яйцом из ложечки, отрезал себе хлеба, потом немного позанимался, взял тетрадь, перо и карандаш».

144

Подобные нарушения часто встречается у олигофренов. Операция классификации, в основе которой лежит *выделение обобщенного свойства* предмета, *отвлечение* от множества других его конкретных свойств и особенностей, вызывает затруднения у подобных больных.

Например, при выполнении задания «*исключение предметов*» испытуемому предъявляются карточки, на каждой из которых изображены четыре предмета, подобранных таким образом, что три из них между собой связаны, а четвертый является по отношению к ним неподходящим. Испытуемый должен указать, какой из этих четырех предметов надо исключить. Допустим, на карточке изображены следующие предметы: градусник, весы, часы, очки. В данном случае подлежат исключению очки, так как первые три предмета являются измерительными приборами.

Психологический механизм этого метода состоит в том, что испытуемый должен прежде всего понять некоторую условность всей этой операции. Лишь в том случае, если он нашел принцип обобщения трех предметов, испытуемый сможет исключить четвертый. Приведем примеры.

Пример 1. Больной К. (с диагнозом - эпилептическая болезнь) при предъявлении предметов «термометр, часы, весы, очки» заявляет, что надо удалить термометр, так как он «нужен только больному человеку».

Пример 2. Больная Т. из этой же группы предлагает объединить часы, термометр и очки, так как «если человек близорукий, он смотрит на термометр и на часы через очки».

Пример 3. При предъявлении четырех предметов, из которых три относятся к источникам искусственного света (керосиновая лампа, свеча, электрическая лампочка) и один - к источнику света естественного (солнце), больные часто выделяют в качестве «лишнего» предмета керосиновую лампу, объясняя, что сейчас она уже не нужна, «даже в самых глухих местностях проводится электричество». Другие больные по тем же мотивам считают лишней свечу.

Особенно четко выступает непонимание условности *при объяснении большими пословиц и метафор*. Как известно, пословицы являются таким жанром фольклора, в котором обобщение, общее суждение передается через обозначение какого-нибудь отдельного частного факта конкретной, ситуации. Истинный смысл пословицы только тогда становится понятным, когда человек отвлекается от тех конкретных фактов, о которых говорится в пословице, когда конкретные единичные явления приобретают характер обобщения. Только при этом условии осуществляется перенос содержания пословицы на другие ситуации.

Еще более показательной является *методика отнесения фраз к пословицам*.

Испытуемому дается таблица, на которой написан текст некоторых пословиц, и карточки, на которых написаны фразы. Смысл некоторых фраз не соответствует смыслу пословиц, но в них включены слова, упоминающиеся в пословицах. Испытуемому предлагается разложить фразы и пословицы по смыслу таким образом, чтобы к каждой пословице была отнесена лишь одна, адекватная ей фраза. Таких пословиц и фраз имеется по степени их трудности несколько серий. Приведем для иллюстрации первую, наиболее легкую из них.

Пословицы

1. Шила в мешке не утаишь.
2. Куй железо, пока горячо.
3. Не все то золото, что блестит.
4. С миру по нитке — голому рубашка.
5. Взявшись за гуж, не говори, что не дюж.

Фразы

1. Золото тяжелее железа.
2. Сапожник чинил шилом сапоги.
3. Не все то хорошо, что кажется хорошим.
4. Если уж поехал куда-нибудь, то возвращаться поздно.
5. Кузнец работал сегодня целый день.

6. Коллективными усилиями легко справиться с любыми трудностями.

7. Правду скрыть невозможно.

8. Не откладывай дела в долгий ящик.

Рассматриваемый вариант методики обладает по сравнению

с предыдущим вариантом (толкование пословиц некоторыми особенностями. Понимание переносного смысла пословицы здесь облегчается тем, что даже если испытуемый только смутно понимает смысл, то фраза, которая ему предъявляется, должна действовать как подсказка.

Зато здесь имеется трудность другого рода: создается либо широкая возможность актуализации приблизительного смысла, либо некоторые одинаковые слова во фразах и пословицах легко «провоцируют» некритическое сближение неадекватных объяснений. Трудность переносится, таким образом, в другую плоскость и заключается не в самой возможности понять абстракцию, а в возможности отторгнуть то, что не соответствует смыслу пословиц.

Сопоставление обоих вариантов позволяет выявить не только уровень абстрагирования, но также устойчивость этой операции.

Снижение уровня обобщения выступает и в применении методики, которая направлена на исследование процесса опосредованности у больных. Эта методика, как мы уже знаем, известна под названием «метода пиктограмм».

Таким образом, сопоставление данных, полученных с помощью различных методов (классификация предметов, метод исключения, объяснение пословиц и метод пиктограмм), обнаружило у ряда больных (эпилептиков, олигофренов) снижение процесса обобщения: конкретно-ситуационный характер их суждений, непонимание переноса, условности. Больные не в состоянии выделить существенные свойства предметов, не могут раскрыть смысловые связи между ними.

Однако говорить о снижении уровня обобщения можно в том случае, если этот уровень был у человека ранее, а затем снизился, что и происходит с больными эпилепсией, органическими поражениями ЦНС, последствиями травм головного мозга. У

147

больных же олигофренией отмечается недоразвитие понятийного, абстрактного мышления.

2.2. Искажение процесса обобщения

Нарушения отвращения и обобщения могут принять и другой характер, являясь как бы антиподом только что описанных. Если суждения описанных выше больных не выходят за пределы частных, единичных связей, то у больных, о которых пойдет речь, «отлет» от конкретных связей выражен в чрезвычайно утрированной форме. Их суждения отражает лишь случайную сторону явлений, а не существенные отношения между предметами.

Подобные нарушения мыслительной деятельности обозначают как искажение процесса обобщения. Они встречаются чаще всего у больных простой шизофренией, вялотекущей и при галлюцинаторно-параноидной форме течения болезни, но могут наблюдаться и при других

формах этого заболевания. Такие больные живут в мире своих бредовых переживаний, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным, случайным, явлениям подходить с «теоретических позиций». В беседе они способны затронуть вопросы общего характера, но часто не в состоянии ответить на конкретный вопрос. Приведем примеры диагностики данного вида расстройства.

Пример 1. В методике «Сравнение понятий» (в данном случае это были «луна» и «чернильница») больной говорит: «Оба эти предмета в себе содержат что-то; луна что-то содержит и чернильница. Луна из чего-то состоит и чернильница. Обе круглые. И обе с отверстиями: в чернильнице - горлышко, на луне — кратеры. Еще сходство - луна светит, и если в чернильницу положить чернила и писать, то они тоже светят. Грамотность - свет. А различие - луну нельзя положить на стол, а чернильницу можно где угодно держать».

Пример 2. Особенно отчетливо бессодержательный характер суждений больных определенной категории выступает при выполнении задания «Составление пиктограмм». Так, один

148

больной для запоминания слова «сомнение» изображает сома, для слова «разлука» - лук. Если для больных со сниженным уровнем обобщения задание составить пиктограмму представляет трудность в силу того, что они не могут отвлечься от отдельных конкретных значений слова, то описываемые нами больные выполняют это задание с большой легкостью, они могут образовать любую связь безотносительно к содержанию поставленной перед ними задачи. Однако истинного обобщения нет ни тут, ни там.

Другие примеры. В методике «Классификация предметов» больной объединяет ребенка и бабочку, так как «они нарисованы красочно»; при сравнении понятий «тарелка - лодка» говорит «состоят из молекул»; при сравнении ««воробей — соловей» объясняет «птицы», но тут же добавляет «состоят оба из 3 слогов и оканчивается на «и». В пиктограмме для запоминания выражения «больная женщина» пытается нарисовать стадион - «на нем болельщики сидят». Для слова «разлука» рисует луковичу.

Таким образом, при выполнении экспериментальных заданий больные с искажением процесса обобщения сближают любые отношения между предметами и явлениями, даже если они неадекватны конкретным жизненным фактам. Реальные же различия и сходства между предметами ими во внимание не принимаются.

3. Нарушение динамики мыслительной деятельности

По словам И. М. Сеченова, мысль имеет определенное начало, течение и конец. Болезненные состояния мозга приводят чаще всего не к операциональным, а к динамическим нарушениям мышления.

Выделяют четыре типа нарушения динамики мышления: непоследовательность суждений, лабильность, откликаемость, инертность.

149

3.1. Непоследовательность суждений

Характерная особенность этого нарушения состоит в неустойчивости способа выполнения задания.

Способы действия этих больных при выполнении ими задания «Классификация предметов» примерно следующие. Больные легко усваивают инструкцию, применяют способ, адекватный условиям задачи, начинают раскладывать карточки по обобщенному признаку, но, спустя некоторое время, оставляют правильный путь решения. Приведем выписку из истории болезни, по Б. В. Зейгарник.

Больной Н. (закрытая травма головного мозга), который начал раскладывать карточки по обобщенным признакам, образуя группы растений и животных, вдруг начинает сомневаться, куда отнести мухомор: «Он же вредный, отнесу-ка в сторону». Точно так же он не знает, куда отнести жука: «Положу его к книге и тетради, его же изучают в школе». После того как экспериментатор попросил больного работать внимательнее, он несколько растерянно сказал: «Подождите. Да, у меня есть здесь посуда, растительный мир... Конечно, к нему принадлежит и гриб, безотносительно к тому, вреден он или нет; а жука положу к животному миру». В конце концов у больного получаются следующие группы: люди, животные, растения, посуда, мебель, школьные принадлежности, предметы домашнего обихода. Экспериментатор просит объединить некоторые группы. Больной: «Людей с животными, да? Растения... Ну а дальше как? Ведь остальное не объединишь: как же соединить домашнюю утварь с канцелярскими предметами».

Больной заметно устает, наступает легкий тремор рук, потливость. Экспериментатор начинает беседу на тему, не относящуюся к эксперименту. Спустя 5 минут больной по просьбе экспериментатора возвращается к работе и тут же

самостоятельно правильно и обобщенно ее выполняет.

Анализ подобных случаев позволяет выделить *три типичные ошибки непоследовательности*:

150

- чередование обобщенных и ситуационных решений.
Выполнение заданий на уровне обобщенных решений не бывает стойким;
- логические связи подменяются случайными сочетаниями. Например, правильное выполнение задания классификации предметов нарушалось тем, что больные объединяли объекты в одну группу лишь потому, что карточки оказались рядом;
- образование одноименных групп: больные часто выделяют предметы по правильному общему признаку, но тут же начинают выделять аналогичную по смыслу группу. Так, например, больной мог выделить группу людей, в которую входили врач, ребенок, уборщица, и тут же выделял еще одну группу людей, куда входил моряк, лыжник и т. п.

3.2. Лабильность мышления

В этом же случае нарушение динамики мышления носит более стойкий характер, изменяя само строение мышления. Лабильность суждений становится как бы постоянным модусом мыслительной деятельности больных. Подобная постоянная лабильность мышления наблюдается у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни. При этом осмысление ситуации, возможность анализа и синтеза у этих больных часто не нарушены, однако выполнение любого экспериментального задания не вызывало определенной стратегии их мышления, а представляет собой цепочку неуправляемых ассоциаций. Рассмотрим примеры.

Пример 1. При раскладывании картинок в последовательном порядке больные такого типа, осмыслив сюжет, раскладывают их в любом порядке - сменилась задача!

Пример 2. Понимая смысл пословицы, больные не могут ее объяснить. Нередко какое-нибудь слово

пословицы вызывает «цепочку» ассоциаций. Так, больной в гипоманиакальном состоянии объяснил пословицу «Не все то золото, что блестит»

151

следующим образом: «Золото - это прекрасные золотые часы подарил мне брат, он у меня очень хороший. Когда мы вместе учились, мы ссорились, но потом жили мирно. Брат очень любил театр, мы видели с ним пьесу...» и т. д. Хаотичный характер ассоциаций помешал правильному объяснению пословицы, слово «золото» сразу повело к целой цепи воспоминаний.

3.3. Откликаемость

Одной из форм лабильности является «Откликаемость». При таком нарушении неустойчивость способов выполнения работы достигает у некоторых больных чрезвычайно утрированной формы: они не только не в состоянии удерживать ход своих суждений в установленном раньше направлении, но и начинает реагировать на любой раздражитель, к ним неадресованный.

Например, услышав, как другой больной говорит, что сегодня ему на завтрак давали колбасу, испытываемый, передававший рассказ о том, как галка, перекрасившись, полетела в голубятню, говорит: «И голуби ее угостили колбасой».

Другой пример. С особой отчетливостью феномен «откли-каемости» обнаруживается в ассоциативном эксперименте, когда, несмотря на инструкцию, и, игнорируя естественные ассоциации, больной отвечает перечислением предметов, которые находятся перед глазами. Это так называемые «вплетения». При предъявлении слова «пение» больной отвечает словом «стол», на слово «колесо» — словом «очки» и т. п., тогда как в норме это должны быть ассоциации по смежности, сходству, контрасту и др.

3.4. Инертность мышления

Инертность мышления является антиподом только что описанных видов нарушений. В этих случаях *больные не могут менять избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой.*

Подобные нарушения часто встречаются у больных эпилепсией, иногда у больных с отдаленными последствиями тяже-

152

лых травм головного мозга, при некоторых формах умственной отсталости. Приведем примеры проявления этого расстройства в разных

экспериментах.

Пример 1. Выбрав в опыте с пиктограммами по методу А. Н. Леонтьева для запоминания слова какую-нибудь карточку, больные не в состоянии подобрать для этого слова другую.

Пример 2. Выполняя задачу «Классификация объектов», больные не только не объединяют в одну группу диких и домашних животных, но каждое из домашних животных выступает для них как единичный экземпляр. В результате само задание классификации не выполняется даже на конкретном уровне.

Пример 3. Трудность переключения обнаруживается и в эксперименте по методу *исключений объектов*. Так, больной при предъявлении карточки, на которой изображен стол, стул, диван и настольная лампа, заявляет: «Конечно, все это мебель, это точно, а лампа не мебель. Но ведь на столе должна стоять лампа, если дело происходит вечером или хотя бы в сумерки... Ну, зимой рано темнеет, а тогда лучше удалить диван... Ежели есть стул — можно без дивана обойтись». На замечание экспериментатора: «Ведь вы же сказали сами, что лампа не мебель», больной отвечал: «Конечно, правильно, надо выделить мебель, *но лампа-то настольная*, она должна на столе стоять. Я бы предложил выделить диванчик». То есть, больной снова и снова возвращается к однажды выделенному признаку «лампа настольная, она должна стоять на столе».

Пример 4. С особой отчетливостью инертность мышления выступает в *ассоциативном эксперименте* с инструкцией отвечать словом противоположного значения. Полученные данные показывают, что в этом случае латентный период довольно значителен и составляет в среднем 6,5 секунды, а у отдельных больных он временами достигал 20-30 секунд. Обращает на себя внимание большое число запаздывающих ответов: больные отвечают не на предъявляемое слово, а на прежнее. Например, ответив на слово «пение» словом «молчание», больной на следующее слово «колесо» отвечает словом «тишина».

Каков же механизм наблюдаемого расстройства? Запаздывание ответов больных являются существенным отклонением от нормального протекания ассоциативного процесса. Они свидетельствуют о том, что *следовой раздражитель имеет больше сигнальное значение, нежели актуальный*. Актуально звучащие слова у этих больных не приобретают значения раздражителя. В силу инертности связей прошлого опыта больные отвечают не на звучащее, а на отзвучавшее слово.

4. Нарушение личностного (мотивационного) компонента мышления

Мышление - это деятельность. Чтобы мышление могло регулировать поведение, оно должно быть целенаправленным, критичным, личностно мотивированным. *Не существует мышления, оторванного от потребностей, мотивов, стремлений, установок, чувств человека, т. е. от личности в целом.* Особенно ярко выступает нарушение личностного компонента в таком виде нарушений, которое характеризуется как «разноплановость мышления».

4.1. Разноплановость мышления

Нарушение мышления, обозначаемое как «разноплановость», заключается в том, что *суждения больных о каком-нибудь явлении протекают как бы в разных плоскостях. При разноплановости мышления сама основа классификации не носит единого характера. Больные объединяют объекты в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств самих предметов, то на основании личных вкусов и установок.* Вот некоторые примеры.

Пример 1. Больной Г. (шизофрения, параноидная форма) в методике «Классификация картинок» выделяет группы то на основании обобщенного признака (животные, посуда, мебель), то на основании материала (железные), а то на основании цвета (картинки окрашены в синий и красный цвета). Другие предме-

154

ты он объединяет на основании моральных и общетеоретических представлений (группа «выметающих плохое из жизни»; группа, «свидетельствующая о силе ума человеческого» и т. п.).

Пример 2. Некоторые больные при выполнении этого задания руководствовались личными вкусами или обрывками воспоминаний. Больной С. (параноидная форма шизофрении), выполняя задание «Классификация предметов», пытается образовать группы животных, растений, но тут же добавляет: «Но если подходить с точки зрения моего личного вкуса, то я не люблю грибы, я выброшу эту карточку. Когда-то отравился грибами, и вот это платье мне тоже не нравится, оно не изящное, я их положу в сторону, а вот моряк мне нравится, и спорт я признаю (объединяет моряка и лыжника в одну группу)». Как видим, *больной теряет цель задания не потому, что он истощился, а потому, что выполняет классификацию исходя то из личного вкуса, то,*

кладет в основу воспоминание о том, что он «отравился грибами».

Пример 3. Разноплановость мышления проявляется также при выполнении задания «Исключение предметов». Больная И. способна выполнить задание на обобщенном уровне; она исключает солнце как естественное светило, но тут же выделяет очки на основании личного вкуса: «она не любит их», а не потому, что они не являются измерительным прибором. На таком же основании она выделяет и зонтик.

4.2. Резонерство

Резонерство - это расстройство мышления определяется клиницистами как *«склонность к бесплодному мудрствованию»*, как *тенденция к непродуктивным многоречевым рассуждениям*.

Например, больной психопатией, который в опыте на пиктограмму подбирает адекватные связи для запоминания слова «развитие», рисует двух людей, расходящихся в разные стороны, объясняя: «Это разлука, разлука приводит к усовершенствованию, ведь разлука - это печаль, а чувство печали облагораживает человека, снимает его мещанскую шелуху самодовольства».

155

Другая больная при предъявлении пословицы «Не все то золото, что блестит» говорит: «Это значит, что обращать внимание не на внешность, а на внутреннее содержание». И тут же добавляет: «Но все же я должна сказать, что, с точки зрения диалектики, это не совсем правильно, ведь существует же единство формы и содержания, значит, надо обратить внимание и на внешность».

И еще один показательный пример (Из протокола Т. И. Тепе-ницыной).

Во время исследования настроение больной приподнятое, довольна. Тон высказываний - восторженный. Много беспричинно смеется. Манерна, многоречива. Обнаружила хорошую память, из 10 слов сразу же воспроизводила 10 почти в том же порядке, могла дословно повторить сложные тексты.

Склонность к резонерству особенно четко выступает *в экспериментах на обобщение*. Так, объединяя в группу «петуха, моряка, женщину», говорит: «Петух гордый, моряк стройный, а женщина красивая»; «дерево, жука» - «Дерево можно к таракану, потому что никто не знает, откуда произошли деревья и никто не знает, откуда произошли тараканы» и т. д.

Аналогичные результаты выявляются *при определении слова «голова»*: «Голова - это та часть тела, без которой жить невозможно. Невозможно! Это, как говорит Маяковский, - мозг класса, сила класса. В голове расположен мозг - мозг тела, сила

тела - вот что такое голова. Без руки жить можно, без ноги -можно, а без головы не рекомендуется».

Думаю, этих примеров достаточно, чтобы понять, что такое резонерство.

4.3. Нарушение критичности мышления

Понятие критичности в психиатрии и в патопсихологии употребляется в двух разных значениях.

В первом случае имеется в виду *критичное отношение к бреду, к галлюцинациям и другим болезненным переживаниям.*

156

Во втором - тот вид критичности, который *состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями.*

Рассмотрим проявление этого (во втором смысле) нарушения в разных экспериментах с больными.

При выполнении экспериментальных заданий *на классификацию* у больных обнаруживается особая группа ошибок, которую можно было характеризовать как бездумную манипуляцию предметами. Больные, не вслушавшись в инструкцию, бегло взглянув на карточки, начинали раскладывать предметы по группам, не проверяя себя. Например, один из больных начинает складывать в одну группу карточки: «медведь», «термометр», «лопата», «шкаф»; в другую группу собирает карточки, находящиеся по краям: «гриб», «птица», «велосипед». При указании экспериментатора, что группы надо отбирать по смыслу, чтобы карточки подходили друг к другу, больной правильно сортирует карточки, выделяя группы по обобщенному признаку (животные, мебель, люди, растения).

Другой больной, которому показывали *серию картинок*, изображающих нападение волков на мальчика, идущего в школу, едва взглянув на картинки, ответил: «Мальчик лезет на дерево, хочет нарвать яблок, вероятно». Экспериментатор: «Посмотрите внимательнее». Больной: «Мальчик спасается от волков».

Обнаружены различные уровни проявления некритичности: 1) одни больные сами исправляли свои ошибки; 2) другие делали это только под «нажимом» экспериментатора; 3) третьи, несмотря ни на что, отстаивали свои решения.

Особенно показательным для выявления некритичности мышления является *вариант методики Эббингауза*, когда испытуемым предлагаются небольшие рассказы с пропущенными словами с инструкцией заполнить

пропуски. В качестве примеров приведем два типичных для таких испытаний рассказа:

1. Лев стал... и не мог ходить на... Тогда он решил жить хитростью: залег в своей берлоге и притворился... И вот другие звери стали приходить и навещать больного..., и когда они приходили, он набрасывался на них и... Пришла лисица, но в берлогу

157

не вошла, а остановилась у... Лев спросил у нее: «Чего же ты не войдешь ко мне?» А... отвечала: «Я вижу много следов, которые ведут к твоей..., но не вижу... которые вели бы обратно».

2. Один человек заказал пряхе тонкие... Пряха спряла тонкие нитки, но человек сказал, что нитки..., и что ему нужны нитки самые тонкие. Пряха сказала: «Если тебе эти не тонки, то вот тебе другие», и она показала на... место. Он сказал, что не видит. «Оттого и не видишь, что они очень тонки. Я и сама их не вижу». Дурак обрадовался и заказал себе еще таких, а за эти заплатил деньги.

По данным Урусовой-Белозерцевой, из 18 больных описываемой группы лишь четверо сначала прочитали рассказ, остальные 14 испытуемых заполнили пропуски «с ходу», не обращая внимания на следующие за ними фразы.

Исследователи отмечают, что контрольные опыты, проведенные над больными со снижением уровня общения, но и критическим отношением к себе, выявили иную картину: даже те больные, которые плохо справлялись с заданиями, всегда прочитывали весь рассказ, обдумывали вставляемое слово. Вот образцы выполнения заданий больными описываемой группы.

Больной Т.: «Один человек заказал пряхе тонкие руки (нити). Пряха спряла тонкие нитки, но человек сказал, что нитки нет (толсты) и что ему нужны нитки самые тонкие. Пряха вязала: «Если тебе эти не тонки, то вот тебе другие», и она показала другое (пустое) место. Он сказал, что не видит. «Оттого и не видишь, что они тонкие, я и сама их не вижу». Дурак обрадовался и заказал, себе еще две руки (ниток), а за эти заплатил деньги».

Больной М.: «Лев стал рычать (стареть) и не мог ходить на охоту. Тогда он решил жить хитростью: залег в своей берлоге и притворился спящим (больным). И вот другие звери стали приходить навещать больного оленя (льва), Когда они приходили, он набрасывался и съедал их».

В приведенных исследованиях был подвергнут анализу вопрос о влиянии оценки экспериментатора на критическое отношение больных к продукту своей деятельности. После того, как испытуемый заполнил текст, экспериментатор доводил до его

сведения, что им допущены ошибки и ему надлежит их исправить. Замечания эксперимента по-разному отразились на отношении к работе испытуемых.

Здоровые испытуемые (контрольная группа) внимательно просматривали текст и исправляли ошибки. Часть больных с критическим отношением к ситуации эксперимента тоже исправляла ошибки, иногда даже выявляя парадоксальное явление: они были настолько озабочены проверкой, так напряженно проверяли, что их усилия приводили к новым ошибкам, и лишь определенная часть больных оставалась безразличными к проверке, у них не возникала установка на исправление ошибок. Это были больные шизофренией, в клинической картине которых наблюдались симптомы вялости, безучастия.

Резюмируя, можно сказать, что описанные в этом параграфе нарушения мышления, называемые как «нарушение критичности мышления», по существу выходят за пределы нарушений познавательных процессов и должны рассматриваться как *невозможность осознать и оценить свое поведение в целом*, т. е. как некритичность личности, как нарушение подконтрольности поведения в широком смысле этого слова.

5. Виды патологии мышления

Мы начали раздел с того, что, помимо распространенности, отметили многообразие нарушений мышления. Надо сказать, что в психопатологии существует несколько иной подход к классификации этих нарушений и порой иное их название. Клиническому психологу, чтобы профессионально общаться с психиатром и психопатологом, надо знать эти особенности.

В литературе по психопатологии рассматривают нарушения мышления в виде расстройств:

- 1) ассоциативного процесса,
- 2) патологии суждений,
- 3) патологии мышления по темпу, характерные для психиатрической клиники.

Расстройства ассоциативного процесса, в свою очередь, проявляются:

- а) в нарушении стройности мышления;
- б) в нарушении целенаправленности мышления.

К нарушениям стройности мышления

относят:

1. *Разорванность* мышления - нарушение смысловых связей между членами предложения при сохранности грамматического построения фразы.

2. *Бессвязность* - нарушение и смысловой речи, и синтаксического строя речи.

3. *Вербигерации* - своеобразные стереотипы в речи вплоть до бессмысленного повторения сходных по созвучию слов.

4. *Парагномен* - действие под влиянием внезапного нелепого умозаключения.

5. *Паралогическое мышление* - отсутствие адекватной логики.

К нарушениям целенаправленности относятся следующие:

1. *Патологическая обстоятельность.*

2. *Резонерство.*

3. *Цементная детализация.*

4. *Персеверация.*

5. *Символизм.* В отличие от общепринятой системы символов, усматривание большими обычными символами там, где они не играют символической роли.

6. *Аутическое мышление.* Отрыв от реальности, погружение в мир воображения, фантастических переживаний.

К патологии суждений относят четыре вида нарушений:

1. *Бредовые расстройства* - ложные умозаключения. Различают *паранойальный* бред - систематизированный бред; *параноидный* бред - характеризуется наличием бредовых идей, которые чаще не имеют достаточно стройной системы; *парофренный* бред - сочетается с нарушениями ассоциативного процесса (разорванность, резонерство и символизм).

2. *Бредоподобные расстройства* - ложные умозаключения, связанные с расстройством воли, влечений, эмоциональными нарушениями, отличаются от бредовых отсутствием тенденции

3. *Сверхценные идеи* - аффективно насыщенные стойкие убеждения и представления.

4. *Навязчивые идеи* — неправильные мысли при критичном к ним отношении, но невозможности избавиться.

Нарушения мышления по темпу встречаются двух видов:

1. *Ускоренное мышление*, как скачка идей (наблюдается в маниакальной фазе при МДП) и ментизм, или мантизм, — возникающий помимо воли больного наплыв мыслей (при шизофрении).

2. *Замедленное мышление*, которое проявляется как замедление темпа мыслительной деятельности (во время депрессивной фазы при МДП), или как тугоподвижность, ригидность (при эпилепсии).

6. Методики исследования нарушений мышления

Для исследования нарушения мышления используются, как правило, следующие методики:

1. *Классификация*. Методика представляет собой набор карточек с изображением различных предметов, растений, живых существ. Изображения могут быть заменены надписями. Сначала испытуемый раскладывает предметы на группы так, чтобы предметы, находящиеся в одной группе, имели общие свойства (одежда, мебель, животные, измерительные приборы, люди). Затем испытуемый укрупняет группы. Способность выделить две или три группы на последнем этапе свидетельствует о высоком уровне обобщения.

2. *Исключение*. Существует два варианта этой методики: словесный и предметный. Последний представляет собой набор карточек с изображением четырех предметов, три из которых имеют между собой нечто общее и их можно объединить в одну группу, а один из них существенно отличается от первых, и он должен быть исключен. Решение испытуемого на основе конкретно-ситуационного объединения предметов в группу свиде-

тельствует о снижении уровня обобщения, актуализация «слабых», чрезмерно обобщенных признаков свидетельствует об искажении процесса обобщения.

3. *Образование аналогий*. В методике «Простые аналогии» представлены пары слов (образцы), между

которыми существу
ют определенные смысловые отношения.
Испытуемому следует
составить другую пару слов по данной аналогии.
Помимо сло
весного варианта можно использовать
невербальный - таблицы
Равена. Лицам со средним и высшим образованием
можно пред
ложить методику «Сложные аналогии».

4. Сравнение и определение понятий. Для
определения по
нятий нужно проанализировать множество
признаков предмета
или явления и выделить наиболее общие, те, в
которых отраже
но родовое и видовое отличие. В качестве
стимульного мате
риала используют однородные понятия (танк-
трактор, человек-
животное) и разнородные (телега-ложка,
ботинок-карандаш).
Последние используются для диагностики
искажения процессов
обобщения.

*5. Понимание переносного смысла пословиц и
метафор.*

Можно просто предлагать испытуемому
распространенные по
словицы и метафоры для объяснения их
переносного смысла.
Есть вариант этой методики, когда для данной
пословицы нуж
но найти соответствующую ей по значению фразу
или другую
пословицу. Этот вариант помогает тем
испытуемым, которые
понимают значение переносного смысла, но
затрудняются вер
бализовать понимаемое. Есть еще одна
модификация: серию
табличек, на которых написаны пословицы или
метафоры, надо
соотнести по смыслу с фразами, которых по
количеству гораздо
больше пословиц. Последняя модификация чаще
используется
для выявления нарушений мышления по
шизофреническому
типу, а также при трудностях вербализации и
понимания пере
носного смысла, когда фраза облегчает объяснение.

6. Пиктограммы. Испытуемому предлагают
нарисовать не
сложный рисунок для запоминания названных ему
15 слов или
словосочетаний. Среди них обязательно должны
быть эмоцио

нально окрашенные, абстрактные и конкретные.
После выпол-

162

нения задания анализируется характер смысловых связей между стимульным словом и рисунком. Смысловые связи могут быть содержательные или слабые. Способность выполнять задание свидетельствует о доступности для испытуемого обобщенной символизации слова и др.

Существует множество других методик для исследования нарушений мышления, они описаны в литературе, однако, перечисленные выше методики, являются основными.

Библиографический список

1. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
2. Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1976.
4. Корнилов И. П. Нарушение целеобразования у психических больных: Автореф. ... канд. псих. наук. М., 1980.
5. Логинова С. В., Рубинштейн С. Я. О применении метода «пиктограмм» для экспериментального исследования мышления психических больных. М., 1972.
6. Поляков К. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974.
7. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и их опыт применения в клинике. Киев, 1970.
8. Тепеницына Т. И. О психологической структуре резонерства // Вопросы экспериментальной патопсихологии. М, 1965.

Лекция 13

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

План лекции:

1. Основные понятия. /./.
Стрессы.
- 1.2. *Фрустрация.*
- 1.3. *Кризисы.*

2. Особенности эмоциональных расстройств у больных разных нозологических групп.
3. Методы исследования эмоциональных нарушений.

1. Основные понятия

В. Н. Мясищев предлагает следующую классификацию эмоций:

- 1) *эмоциональные реакции*, которые являются ответными переживаниями на стимулы, их вызвавшие;
- 2) *эмоциональные состояния*, которые характеризуются изменением нервно-психологического тонуса;
- 3) *эмоциональные отношения* (чувства), которые характеризуются эмоциональной избирательностью, то есть связью конкретных эмоций с определенными лицами, объектами или процессами.

Причинами эмоциональных расстройств часто становятся стрессы, фрустрации, кризисы. Остановимся на них подробнее.

1.1. Стрессы

По мнению некоторых авторов, стресс может быть причиной возникновения даже психических заболеваний. До сих пор нет единого мнения относительно определения стресса. Ниже приведены наиболее распространенные:

- стресс — *эмоциональное напряжение*, которое возникает в результате неприятных переживаний;
- стресс - это *потрясения*, вызванные различными по модальности и интенсивности силами;
- стресс - это *психическая напряженность* (эмоциональная и операциональная).

В середине 30-х годов канадский патофизиолог и эндокринолог Г. Селье провел исследование многочисленных факторов нарушения различных сторон деятельности организма под влиянием внешних воздействий и разработал учение об общем

адаптационном синдроме (ОАС). Им были выделены две реакции на вредные воздействия внешней среды:

- а) специфическая (конкретная болезнь со специфической

симптоматикой);

б) неспецифическая характерная для любого заболевания, проявляющаяся в ОАС.

Последняя состоит из трех фаз:

- Фаза А. Реакция тревоги. Организм меняет свои характеристики под влиянием стресса. Если стрессор очень сильный, стресс может наступить и на этом этапе.
- Фаза В. Реакция сопротивления. Действие стрессора совместимо с возможностями организма, организм сопротивляется. Признаки тревоги почти исчезают, уровень сопротивляемости поднимается значительно выше нормального.
- Фаза С. Реакция истощения. Если стрессор действует длительно, силы организма постепенно истощаются, вновь появляется реакция тревоги, но теперь она необратимая. В данном случае можно говорить о дистрессе. В результате последнего развиваются реактивные состояния, провоцируются эндогенные заболевания.

Способность к адаптации у человека не безгранична. В связи с этим Г. Селье пишет: «Человеческая машина тоже становится жертвой износа и амортизации», не стоит «жесть свечу с обоих концов».

При этом стресс не всегда вреден, он неизбежен, он необходим. «Стресс - острая приправа к повседневной жизни. ...Ничто не изнуряет так, как бездеятельность, отсутствие раздражителей, препятствий, которые предстоит преодолеть». В стрессе постоянно происходит тренинг организма и психики.

В результате взаимодействия разных сил поддерживается гомеостаз (сохранность внутренних условий при любых колебаниях внешней среды). Поэтому, независимо от разных влияний среды, можно говорить об общих закономерностях реакций организма на воздействие.

срыв планов, крушение») - специфическое эмоциональное состояние, возникающее в тех случаях, когда на пути к достижению цели возникает препятствие или сопротивление, которые или реально непреодолимы, или воспринимаются как таковые.

Признаки, характерные для состояния фрустрации:

1. Наличие потребности, мотива, цели, первоначального плана действия.

2. Наличие сопротивления (препятствие-фрустратор). Сопротивление может быть внешним и внутренним, пассивным и активным.

В ситуациях фрустрации человек может проявлять себя либо как зрелая личность, либо как инфантильная. Человек с адаптивным поведением усиливает мотивацию, повышает уровень активности для достижения цели, сохраняя саму цель. Неконструктивное поведение, свойственное инфантильной личности, проявляется в агрессии вовне, или на себя, или в уходе от разрешения сложной для личности ситуации.

В современной зарубежной психологии существуют различные теории фрустрации:

- теория фрустрационной фиксации (Н. К. Майер, 1949);
- теория фрустрационной репрессии (К. Bagner, I. Dembo, K. Yewin, 1943);
- теория фрустрационной агрессии (J. Dollard с соавт., 1939);
- эвристическая теория фрустрации (J. Rozenzweig, 1949).

С состоянием фрустрации тесно связано понятие кризиса

или внутреннего конфликта. В качестве критериев, позволяющих разграничить явления фрустрации и внутреннего конфликта, выделяют представленность в сознании индивида внешних барьеров и преград при фрустрации и появление психологической защиты при конфликте.

Концепция кризисов появилась и развивалась в США. Она утверждала, что риск возникновения психических нарушений достигает наивысшей точки и материализуется в определенной кризисной ситуации. Поэтому в США создано свыше 3000 клиник и центров психического здоровья, для работы в которых привлекаются не

только психологи, психиатры, но и педагоги, юристы, полицейские, врачи общей практики, священники, страховые агенты и т. д.

G. Caplan и его предшественник Lindemann являются основоположниками теории кризиса, которая, с одной стороны, продолжает учение о стрессе, с другой - использует концепции социологии и социальной психологии.

По определению Caplan, «Кризис - это состояние, возникающее, когда лицо сталкивается с препятствием жизненно важным целям, которое в течение некоторого времени является непреодолимым при помощи привычных методов разрешения проблем. Возникает период дезорганизации, расстройств, в течение которого совершается много разных abortивных попыток разрешения. В результате достигается какая-то форма адаптации, которая может наилучшим образом отвечать или не отвечать интересам этого лица и его близких».

Кризис, как и стресс, несет в себе саногенный и патогенный компоненты. Человек, преодолевший кризис, приобретает новые формы адаптации в сложных для него ситуациях. Если же кризис затягивается, становится возможным появление психических нарушений. Выделяются следующие виды кризисов:

а) кризисы развития: поступление ребенка в школу, детский

сад, вступление в брак, уход на пенсию и т. д.;

б) случайные кризисы: безработица, стихийное бедствие, положение матери-одиночки;

в) типовые кризисы: горе в связи со смертью близкого чело

века, появление в семье новорожденного и т. д.

Все кризисы характеризуется индивидуальными, присущими только им признаками, соответственно используются разные виды помощи и выбираются профилактические мероприятия.

Интервенция, или вмешательство в кризис, осуществляется по определенным принципам, исходя из особенностей данного кризиса. В США созданы специальные службы психопрофилактики (служба неотложной помощи; служба консультации и просвещения). Неотложная помощь осуществляется в течение 24 часов в кризисный период и является пассивным видом помощи (клиент обращается самостоятельно во время кризиса). При активном виде помощи работа проводится службой консультации и просвещения при центрах психического здоровья до наступления кризиса.

Так, в 1972 г. в США было 500 «горячих» телефонных линий. Первоначально эти пункты организовывались для предупреждения суицидов, в настоящее время эти линии выполняют все растущее число «кризисных услуг».

Несколько иным является понимание кризиса в отечественной психологии. В работах отечественных специалистов понятие кризиса приближается к понятию предболезни. Знание признаков, характерных для предболезни, позволяет выделить среди населения группу риска, предпринять профилактические меры, что необходимо для предупреждения психических заболеваний и суицидов.

В России термин «кризис» встречается в работах А. Г. Ам-брумовой, создавшей Всесоюзный научно-методический суицидологический центр при Московском НИИ психиатрии МЗ РСФСР. Под ее руководством впервые было создано стационарное кризисное отделение, где проходят лечение люди, совершившие суицидные попытки или находящиеся в пресуициде. Специалисты центра (клинические психологи, психотерапевты) работают на телефоне «доверия», в кабинетах социально-психологической помощи, оказывают разные виды помощи людям, находящимся в типовых кризисах (интимно-личностные и супружеские конфликты, девиации в поведении у подростков и др.).

168

Расстройство эмоций характерно для больных с разными психическими заболеваниями, а при многих заболеваниях страдает главным образом они.

2. Особенности эмоциональных расстройств у больных разных нозологических групп

У больных неврозами отмечаются болезненные эмоционально-аффективные реакции раздражения, негативизма, страха и др., а также эмоциональные состояния (страх, астения, пониженное настроение и т. д.) У больных неврозом навязчивых состояний наблюдается высокая сенситивность, тревожность.

У больных истерией - лабильность эмоций, импульсивность.

У больных неврастениями - раздражительность, чувство усталости, утомляемость, слабость. При всех типах неврозов отмечается низкая фрустрационная толерантность.

У больных психопатией отмечается склонность к эмоционально-аффективным реакциям патологического характера:

- эмоционально-агрессивные вспышки при эпилептоид-

ной, гипертимной и истероидной психопатиях;

- тенденция к пониженному настроению, тоске, отчаянию, вялости наблюдается при астенической, психастенической, сенситивной психопатиях;
- у шизоидных психопатов - диссоциация эмоциональных проявлений («хрупкие, как стекло, по отношению к себе и тупые, как дерево, по отношению к другим»).

При эпилепсии отмечается склонность к дисфориям. При височной эпилепсии - страх, тревога, снижение настроения, злобность; реже - приятные ощущения в различных органах, чувство «озарения».

У больных с органическими поражениями ЦНС также отмечаются эмоционально-аффективные реакции и состояния разного знака, интенсивности в зависимости от заболевания и психотравмирующих ситуаций. Например, эксплозивность, раздражи-

169

тельность, «недержание эмоций», слезливость, эйфория, тревожность.

Больные шизофренией отличаются эмоциональной тупостью, утратой дифференцированности эмоциональных реакций, их неадекватностью. Из трех видов эмоций в большей степени страдают эмоциональные отношения, которые становятся патологически искаженными.

Значительными перепадами направленности эмоций характеризуются эмоциональные проявления у больных МДП (от эйфории до глубокой депрессии).

У больных депрессией отмечается склонность к дисфориям.

Изменения в эмоциональной сфере характерны и для соматических больных: с сердечно-сосудистыми заболеваниями (например, при инфаркте миокарда - мрачная окраска будущего; при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки - повышенная тревожность, возбудимость, перепады настроения и т. п.)

3. Методы исследования эмоциональных нарушений

Для исследования эмоций обычно используются тест Лю-шера, ТАТ. Уровень тревожности исследуют с помощью шкал Тейлора, Спилбергера и др. Важно обращать внимание на эмоциональные проявления испытуемых - методика Ге де Сюпер-виля-Балина. Возможно создание психологом

искусственных трудностей (например, дефицит времени, увеличение сложности задания и т. д.) для актуализации (провоцирования) эмоциональных реакций во время тестирования и при выполнении заданий.

В норме у испытуемого сохраняется побуждение к деятельности и стремление завершить выполнение задания. При патологии возможны различные реакции: аффективные вспышки, негативизм, отказ от продолжения деятельности, выраженные вегетососудистые реакции (тремор, покраснение лица, учащение дыхания), усиление мышечной напряженности и др.

Библиографический список

1. Бараш Б. А. Психотерапия и психопрофилактика неврологических расстройств у студентов музыкального вуза: Дисс. ... канд. мед. наук. Л., 1985.
2. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
3. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: МГУ, 1984.
4. Волкова Г. А. Особенности поведения детей с неврозами в конфликтных ситуациях / Отв. ред. Е. С. Иванов. Л., 1988.
5. Изрина С. Н. Организация помощи и первичной профилактики в ситуациях кризиса (обзор зарубежной литературы) // Проблемы профилактики нервных и психических расстройств / Под ред. В. К. Мягер. Л., 1976.
6. Киршбаум Э. И., Еремеева А. И. Психические состояния. Владивосток, 1990.
7. Киршбаум Э. И., Еремеева А. И. Психические состояния. Владивосток, 1990.
8. Комплексные исследования в суицидологии // Сб. научн. трудов. М., 1986.
9. Кудрявцев Э. А. Судебно-психологическая экспертиза. М., 1984.
10. Лисицын Ю. П. Кризисные явления в

здравоохранении
и теориях медицины капиталистических
стран. М.,
1964.

11. Неврозы и пограничные состояния / Под ред. В. Н. Мясищева, Б. Д. Карвасарского и Е. Личко. Л., 1972.
12. Селье Г. На уровне целого организма. М., 1972.
13. Селье Г. Стресс без дистресса. М., 1982.
14. Селье Г. Эволюция концепции стресса. Новосибирск, 1976.
15. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства. Л., 1987.

171

16. Семичов С. Б. Теория кризисов и психопрофилактика. Л., 1987.
17. Стресс и психическая патология // Сборник научных трудов. М, 1983.
18. Фрустрация, конфликт, защита (психология самообразования) // Вопросы психологии. 1991. № 6.
19. Lifeline и другие новые методы психологии жизненного пути / Под ред. И. Кроника. М., 1993.

ЛЕКЦИЯ 14

НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

План лекции:

1. Клиника личностных расстройств в отечественной патопсихологии.
 - 1.1. *Нарушение опосредованности и иерархии мотивов.*
 - 1.2. *Нарушение смыслообразования.*
 - 1.3. *Нарушение подконтрольности поведения.*
2. Клиника личностных расстройств в психоаналитической характерологии.
 - 2.1. *Вводные замечания.*
 - 2.2. *Классификация личностных расстройств.*
 - 2.3. *Параноидные, шизоидные и шизотипические личностные расстройства.*
 - 2.4. *Истерические (истероидные), нарциссические, антисоциальные и пограничные личностные расстройства.*

- 2.5. *Подчиняемые (зависимые), навязчивые и пассивно-агрессивные личностные расстройства.*
- 2.6. *Психотерапия и психотерапевтический прогноз при расстройствах личности.*
3. Задачи и методы патопсихологического исследования личности.

172

1. Клиника личностных расстройств в отечественной патопсихологии

Существует множество подходов к пониманию личности и столько же определений этого центрального для психологии понятия. В зависимости от того, какого подхода придерживается психолог, строится патопсихологический эксперимент, выбираются тесты, интерпретируются полученные данные, подбираются психокоррекционные и психотерапевтические процедуры.

Отечественные патопсихологи стоят на позициях деятельностного подхода и придерживаются следующего определения личности:

Личность - это человек как субъект деятельности и общения.

При этом, по мнению А. Н. Леонтьева, ядром личности, гарантом ее устойчивости является иерархически организованная система мотивов. У такого понимания личности есть два очень важных для патопсихологии следствия:

1) причины личностных расстройств следует искать в изменении мотивационной сферы человека;

2) исследование личности больного требует уточнения основных характеристик строения мотивационной сферы: *опосредованности и иерархичности, смыслообразующей и побудительной функций мотивов.*

1.1. Нарушение опосредованности и иерархии мотивов

В норме опосредование и иерархическое построение мотивов начинает складываться у ребенка уже в дошкольном возрасте. И хотя все особенные виды деятельности (игра, учение, труд) полимотивированы, в каждой конкретной

человеческой деятельности всегда можно выделить ведущий мотив. Именно он придает всему поведению определенный смысл, именно этот ведущий мотив обеспечивает возможность опосредования и иерархии мотивов. Иерархия мотивов обуславливает относитель-

ную устойчивость всей личности, ее интересов, позиций, ценностей, определяет личностный выбор.

Проследим закономерности изменения мотивационной сферы личности при алкоголизме на примере исследований Б. С. Братуся.

Данные истории болезни больного Г. (с сокращениями и комментариями. - В. К).

Диагноз: Хронический алкоголизм с деградацией личности.

Преморбид. В детстве рос и развивался нормально. Был сообразительным ребенком, любил читать. В школу пошел с 7 лет, учился отлично. По характеру общительный, жизнерадостный. Учась в школе, одновременно занимался в студии художественной самодеятельности. Выступал в клубах, на школьных вечерах, пользовался успехом. Весельчак, жизнелюб, балагур. Служил в Армии. По возвращению был приглашен в областную филармонию. Успех давался очень легко, имел массу друзей и поклонников. Пил, гулял, веселился сам и развлекал других. Постепенно сформировалась алкогольная зависимость.

Начало болезни. По совету жены обратился к психиатру с просьбой полечить его от алкоголизма. Но, не дождавшись начала лечения, запил. По настоянию жены вторично обратился к психиатру и был направлен в больницу. На приеме больной откровенно рассказывает о себе, просит помочь. Подавлен обстановкой в отделении, настаивает на скорой выписке, обещает бросить пить.

Развитие болезни. Дома требовал денег на водку. Пропил платья жены и ее матери. Для прерывания запоя стационарировался в больницу повторно. На этот раз у Г. нет полной критики к своему состоянию - обвиняет в своем пьянстве жену, обстоятельства. После выписки Г. сменил профессию — стал работать шофером. Снова начал употреблять алкоголь. В состоянии опьянения появились устрашающие галлюцинации, испытывал страхи. С этой симптоматикой был вновь направлен в психиатрическую больницу. В отделении ничем не занят. Круг интересов сужен, не читает газет, не слушает радио. Понимает вред алкоголизма, но находит «объективные» причины каждому за-

пою. После выхода из больницы Г. опять запил. Поступления в больницу учащаются. За последние 10 лет госпитализировался 39 раз.

Исход. В состоянии опьянения - циничен, агрессивен, устраивает скандалы на улице. Пребыванием в больнице не тяготится. Требует к себе уважения, самооценка завышена, считает себя незаурядным человеком. Груб с персоналом больницы, с лечащим врачом, держится без чувства дистанции. В отделении ничем не интересуется, общается избирательно, предпочитая группу больных-алкоголиков и психопатов. При последнем поступлении разлагающе влияет на других больных, убеждает их сразу же после выписки начать пить водку, настраивает против персонала.

Анализ данных истории болезни. Данные показывают, как меняются интересы больного. До болезни - это активный человек, увлеченный, художественного склада, живой, приятный в общении. Еще в школе он занимался художественной самодеятельностью, а после становится актером, пользуется успехом у зрителей, имеет много друзей. В результате пьянства эти интересы меркнут. Работа актера перестает «быть праздником», становится лишь обязанностью, больной отходит от друзей, семьи.

Изменяются и характерологические черты больного: делается раздражительным, придирчивым к окружающим, прежде всего к родным, циничным, грубым. Перестает следить за собой. Если раньше любил хорошо одеваться, быть в компании друзей, то теперь неряшлив, пьет один.

Меняется объективная жизненная позиция больного. В прошлом актер, теперь Г. с трудом устраивается на работу сначала шофером, потом грузчиком, всякий раз его увольняют за пьянство. Иным становится моральный облик больного. Чтобы добыть деньги на водку, он крадет платья жены, пропивает одежду, купленную для него районным психиатром.

За годы болезни *изменяется поведение* Г. Если при первых поступлениях в больницу он был удручен своим состоянием, критичен к себе, просил помочь, то в дальнейшем критика становится частичной, наконец, полностью исчезает. Больной не

тяготится частым пребыванием в психиатрической больнице, в отделении ничем не интересуется, груб с персоналом, самодоволен, отговаривает других больных от лечения.

Итак, по данным истории болезни, мы видим, что *болезненное изменение личности идет, в первую очередь, по линии изменений в мотивационно-потребностной сфере* больного:

разрушение преморбидных установок, сужение круга интересов, утрата прежних ценностей, моральная деградация.

В то же время экспериментально-психологическое исследование не обнаруживает грубых изменений познавательных процессов. Больной справляется с заданиями, требующими обобщения, опосредования, классификации и исключения предметов. Вместе с тем наблюдается повышенная динамика колебаний внимания, быстрая утомляемость, понижение целенаправленности и критичности. В опыте на выявление «уровня притязаний» обнаруживается завышенная самооценка, кривая выбора заданий по сложности носит лабильный характер, переживание успеха и неуспеха у больного не выступает.

Рассмотрим вопрос о механизмах отмеченных нарушений.

Приведенные данные позволяют, *во-первых*, понять механизм формирования патологически измененной потребности; *во-вторых*, проследить процесс нарушения иерархии мотивов при хроническом алкоголизме.

Принятие алкоголя не входит в число естественных потребностей человека и не имеет собственной побудительной силы. Поэтому вначале его употребление вызывается другими мотивами (отметить день рождения, встречу, профессиональный успех и др.). На первых стадиях употребление алкоголя вызывает повышенное настроение, активность, облегчает контакты.

Со временем алкоголь становится самостоятельным мотивом поведения, он начинает побуждать самостоятельную деятельность, и тогда уже сами события становятся поводом. Происходит тот процесс, который А. Н. Леонтьев называл «сдвиг мотива на цель».

Таким образом, *механизм зарождения патологической потребности совпадает с механизмом ее образования в норме.*

По мере того, как в ходе болезни алкоголь становится смыслом жизни, прежние установки, интересы отходят на задний план. Работа перестает интересовать больных - она нужна только как источник денег. Семья из объекта забот становится тормозом на пути удовлетворения страсти.

Здесь мы имеем дело с центральным пунктом личностной деградации при хроническом алкоголизме, а именно с постепенным нарушением прежней, до болезни сложившейся иерархии потребностей, мотивов и ценностей, и формированием взамен ее новой.

1.2. Нарушение смыслообразования

Подойдем к анализу патологии мотивов еще с одной стороны - взаимоотношения их смыслообразующей и побудительной функций. Дело в том, что, выделяемые А. Н. Леонтьевым, побудительная и смыслообразующая функции мотивов, не всегда поддаются различению. Бывает нередко так, что человек осознает мотив, ради которого действие должно совершиться, но этот мотив остается известным и не побуждает к действию. Только слияние обеих функций мотива - побуждающей и смыслообразующей - придает деятельности человека характер сознательно регулируемой деятельности. Личностное расстройство, в основе которого лежит ослабление и искажение этих функций, приводит к стойким нарушениям деятельности.

Приведем пример экспериментального исследования механизма смыслообразования, проведенного М. М. Коченовым.

Проводился следующий эксперимент. Испытуемый (больной шизофренией) должен выполнить по собственному выбору три задания из девяти предложенных экспериментатором, затратив на это не более 7 минут.

Задания были такие:

- 1) нарисовать сто крестиков;
- 2) выполнить двенадцать строчек корректурной пробы (по Бурдону);
- 3) подсчитать восемь столбиков (счет по Крепелину);

- 4) сложить один из орнаментов методики Кооса;
 - 5) построить «колодец» из спичек;
 - 6) сделать «цепочку» из канцелярских скрепок;
 - 7) решить три головоломки.
- Таким образом, испытуемый оказывался перед

необходимостью самостоятельно выбирать именно те действия, которые наиболее целесообразны для достижения основной цели. Для этого в сознании испытуемого должна сложиться смысловая иерархия действий, или программа достижения цели.

В результате апробации методики на здоровых испытуемых М. М. Коченов установил, что для достижения заданной цели необходима активная ориентировка в заданиях (иногда методом проб). При опросе испытуемые заявили, что при выборе заданий они руководствовались оценкой их сложности, стараясь выбирать те, выполнение которых займет меньше времени, чтобы уложиться в отведенные 7 минут.

Иным было поведение больных шизофренией (вялотекущая, простая форма). Ориентировочный этап у них отсутствовал. Они не выбирали «выигрышных» заданий, часто брались за явно невыполнимые за 7 минут. При этом все они помнили, что им надо уложиться в 7 минут, но это знание не служило регулятором их поведения. Некоторые из них спонтанно повторяли: «Я должен уложиться в 7 минут», но не меняли способов работы и не справлялись с заданием.

Таким образом, исследования М. М. Коченова показали, что *нарушение деятельности у больных шизофренией определялось изменением мотивационной сферы. Становясь просто «знаемым», мотив потерял как свою смыслообразующую, так и побудительную функции.*

Различают два вида подобных смысловых нарушений:

1. *Парадоксальная стабилизация* какого-нибудь круга смысловых образований. Например, больной Н. регулярно отказывался получать зарплату, так как «пренебрегал» земными благами.

Угодливость и педантичность эпилептика, как результат неудачной компенсации, во многом формируются по тому же механизму.

178

2. *Сужение круга смысловых образований* - мотив, сохраняя до известной степени побудительную силу, придает смысл только относительно небольшому кругу предметов или событий. Например, при анорексии больной знает, что есть надо, но отказывается от подавляющего большинства продуктов, потому что «есть можно только стерильную пищу, да и то ночью и под одеялом».

Таким образом, *смещение смыслообразующей функции мотивов, отщепление действенной функции от «знаемой» делает психику больных шизофренией парадоксальной, нарушает их деятельность, является причиной деградации их поведения и личности.*

1.3. Нарушения подконтрольности поведения

Как уже отмечалось, под нарушением критичности в патопсихологии понимается неумение обдуманно действовать, проверять свои действия, исправлять их в соответствии с объективными условиями реальности.

В качестве иллюстрации приведем выписку из истории болезни и данные экспериментально-психологического исследования одного из больных (по Б. В. Зейгарник).

Больной М.

Диагноз: Прогрессивный паралич. Больной развивался нормально. Успешно окончил медицинский факультет, работал врачом-хирургом. В возрасте 26 лет перенес заболевание сифилисом. В возрасте 47 лет выявились первые признаки душевного заболевания: проводя операцию, допустил грубейшую ошибку (ушил толстую кишку в желудок), что стоило больной жизни. При судебно-психиатрической экспертизе был установлен диагноз «прогрессивный паралич». После проведенного лечения пытался работать, но на работе не удержался.

Психическое состояние: Правильно ориентирован, доступен. Многоглаголив, с больными часто болтлив. Знает о своем заболевании прогрессивным параличом, но относится к этому факту с большой легкостью. Постоянно повторяет, что у него

179

«остаточные явления после перенесенного прогрессивного паралича», но они «ничтожны», это «мелочь», которая не мешает ему работать хирургом. Вспоминая о своем грубейшем хирургическом промахе, с улыбкой, как бы мимоходом, говорит, что «допустил некоторую ошибку, у всех бывают случайности». В настоящее время считает себя здоровым. Убежден, что может работать хоть главным врачом больницы. В то же время больным отделения дает самые нелепые советы.

Утеря возможности трезво оценивать себя и других нередко является индикатором более глубоких личностных расстройств, одним из которых являются *персеверации*. Суть нарушения состоит в том, что, выполнив какой-нибудь компонент сложного движения, больные не могли переключиться на другой компонент.

Так, больной, которому было дано задание проводить пальцем по ходу реки на географической карте, продолжал это до тех пор, пока на карте не образовывалась дыра; начав чертить круг, он продолжает это круговое движение, пока его не остановят; получив задание чертить то круг, то квадрат, больной выдавал смесь

того и другого — квадрат закруглялся, а круг приобретал детали прямых сторон. Если больной рисовал подряд несколько кружков, то ему трудно было переключиться на рисунок треугольника; после того, как он нарисовал несколько раз треугольник, он не мог нарисовать круг.

Наряду с персеверациями у этого больного резко выступает ситуационное *поведение в виде откликаемости*: так, экспериментатор просит его передать спичку другому больному, больной берет коробку, вынимает спичку и зажигает ее. Требуемого от него действия он не выполняет. Когда больного просят подать стакан воды, он сам начинает пить из него воду. Увидев лежащие на столе ножницы - начинает резать скатерть.

180

2. Клиника личностных расстройств в психоаналитической характерологии

2.1. Вводные замечания

Диагностическое понятие «личностное расстройство» исторически употреблялось рядом с понятием психопатии.

Для психоаналитика *анормальные личности*, или *психопаты*, - это люди, которые имеют биологически обусловленные отклонения от нормы в поведении и обнаруживают (наследственные) конституционально обусловленные патологические характеры.

Поэтому диагноз личностного расстройства почти всегда имеет дискриминационный аспект и в силу этого должен быть тщательно взвешенным.

2.2. Классификация личностных расстройств

К личностным расстройствам относятся прежде всего:

1) параноидные личностные расстройства (МКБ-9 и DSM III:301.0);

2) шизоидные личностные расстройства (МКБ-9 и DSM III: 301.2);

3) ананкастические личностные расстройства (МКБ-9 и DSM III: 301.4);

4) истерические (в DSM III - истероидные)

личностные
расстройства (МКБ-9 и DSM III: 301.5);
5) антисоциальные личностные расстройства
(МКБ-9 и
DSM III: 301.7).
В качестве дополнительных в DSMIII выделены:
6) шизотипические личностные расстройства
(DSM III:
301.22);
7) зависимые (DSM III: 301.60);
8) пассивно-агрессивные личностные
расстройства (DSM
III:301.84);

181

9) пограничные личностные расстройства
(DSM III:
301.83);
10) нарциссические личностные расстройства
(DSM III:
301.81).

Итого 10 видов расстройств. Как всегда в таких случаях возникает необходимость «укрупнения единиц». В данном случае - это объединения сходных расстройств в самостоятельные группы. Можно выделить три таких группы.

2.3. Параноидные, шизоидные и шизотипические личностные расстройства

Для этой группы личностных расстройств характерна выраженная ущербность в сфере общения, проявляющаяся в недоверчивости, отгороженности от окружающих, уменьшении эмоциональной теплоты и утрате социальных связей.

Лица с параноидным расстройством личности имеют тенденцию проецировать восприятие окружающей действительности в агрессивную плоскость. Они настороженно ждут нападения (агрессии) и склонны ложно расценивать поведение окружающих как враждебное и пренебрежительное по отношению к ним. Попытки рассеять их подозрительность, способствовать адекватному восприятию действительности, как правило, лишь утверждает параноидную личность в «правильности» ее первоначальных опасений. Фанатизм, кверулянтство, патологическая ревность, хроническая задиристость и упрямство дополняют картину этих личностных расстройств.

Для шизоидных личностных расстройств характерны:

- 1)склонность отгораживаться от социальных контактов;
- 2)уход в мир фантазий;
- 3)бросающиеся в глаза холодность и

сдержанность;

4) неспособность к проявлению теплых чувств.

Для некоторых шизоидов характерны эксцентрические особенности мышления, речи и поведения, которые иногда напоминают смягченные шизофренические симптомы. Эта группа симптомов в DSM III определяется как *шизотипические лично-*

182

стные расстройства; некоторые психиатры (главным образом в Германии) по отношению к таким больным до сих пор применяют вышедший из употребления диагноз «пограничная шизофрения» или «пограничный синдром».

2.4. Истерические (истероидные), нарциссические, антисоциальные и пограничные личностные расстройства

К группе людей с этими личностными нарушениями относятся лица, характеризующиеся односторонним, управляемым эмоциями поведением, драматическим выражением чувств, неуравновешенностью в мыслях и чувствах, импульсивностью и склонностью к манипулированию в межчеловеческих отношениях.

Истерические (истероидные) личностные расстройства обращают на себя внимание рядом особенностей.

В эмоциональной сфере легковесной, неестественной и лабильной аффективностью, неосознанной театральностью, выраженной экспрессивностью, чрезмерными эмоциональными реакциями, повышенной внушаемостью и склонностью к самодраматизации.

В межчеловеческих отношениях эти люди ищут постоянного внимания и подтверждения своей значимости. Вследствие этого их поведение носит одновременно и зависимо-беспомощный и требовательный характер, часты повторные манипулятивные (рассчитанные на реакцию окружающих) суицидальные жесты, а также назойливая демонстративность (*phallisch*) - фальшь.

Самосознание: за истерическим фасадом скрывается, как правило, низкая самооценка, пустота чувств, прячущаяся за активностью, и глубокая неуверенность в своей половой принадлежности. По мнению психоаналитиков, под истерическим характером часто обнаруживается неразрешенный эдипов конфликт и продолжающаяся далее при взрослении амбивалентная связь с родителем противоположного пола.

Расстройства личности указанного типа чаще диагностируется у женщин, чем у мужчин, - собственно, потому, что эмоциональная выразительность женщин в нашей культуре поощряется, а другие специфические для данного пола и адекватные формы самореализации и самовыражения затруднены.

При нарциссических личностных расстройствах клиническая картина проявляется в преувеличенном чувстве собственной ценности и единичности, продолжительном желании постоянного внимания и удивления со стороны окружающих, увлеченности фантазированием о своих выдающихся, безграничных успехах, силе, блеске, красоте или идеальной любви. Одновременно имеет место высокая чувствительность к критическим замечаниям, недооценке и пренебрежительному отношению со стороны окружающих.

В межчеловеческих отношениях выражено чувство «нарциссической претенциозности». Сюда относится, например, ожидание особых льгот и привилегий без соответствующей отдачи, пренебрежение правами и достоинством других при требовании благорасположения к себе, неустойчивость оценок («качели оценок») от крайней идеализации до обесценивания, недостаток эмпатии (неспособность сочувствовать, сопереживать).

Для антисоциальных личностных расстройств характерны выраженные и стойкие (несмотря на жизненный опыт и наказания) нарушения социального поведения.

В детстве они очень часто начинаются с лживости, воровства, драчливости, склонности к обману и мошенничеству, неподчинения авторитетам и непризнания их.

В период взросления нередко встречается промискуитет (беспорядочные половые связи) или агрессивно-сексуальное поведение, злоупотребление алкоголем и лекарствами.

Лица с антисоциальными личностными расстройствами *по достижении зрелости* почти всегда неспособны к продуктивной длительной работе и выполнению родительских обязанностей. Обращает на себя внимание ограничение способности к продолжительным и сердечным взаимосвязям с товарищами, половыми партнерами и членами семьи.

Жалобы на внутреннюю напряженность и опустошенность, хроническое дисфорическое настроение и полное ненависти отношение к ним окружающих постоянно сопутствуют хронической диссоциальности.

Примечание: по этическим соображениям

антисоциальные личностные расстройства во избежание дискриминации лучше называть *диссоциальным развитием*.

Пограничное личностное расстройство как официальный психиатрический диагноз употребляется сравнительно недавно.

По определению *пограничное личностное расстройство — это неразъясненное пограничное состояние между неврозом и психозом или даже между расстройством характера и психозом*.

Раньше встречалось в форме синонимов: «пограничный синдром» или «пограничные расстройства».

Межчеловеческие связи пограничных пациентов, хотя и интенсивны (панический страх одиночества), но одновременно нестабильны и в любой момент могут быть внезапно оборваны (идеализация и девальвация партнера). Отсюда типичные неуправляемые кратковременные колебания настроения и выраженная неуверенность в себе, что на практике отражается в различных областях жизни (в выборе профессии, в половой роли и т. д.).

В аффективной сфере преобладает гневливость или хроническая раздраженность, сочетающаяся с хроническим чувством опустошенности и скуки.

Особенно типично для пограничных личностных расстройств *поведение*, связанное с многообразными видами самоповреждения или самоувечья вследствие алкоголизации, злоупотребления лекарствами или поступков, связанных с насилием и нарушением влечений (например, ограбление ларьков, разорительные азартные игры и т. п.).

2.5. Подчиняемые (зависимые), навязчивые и пассивно-агрессивные личностные расстройства

Люди с этими расстройствами часто выглядят испуганными, зависимыми от авторитетов, сдержанными в проявлении своих чувств и поведения.

Подчиняемые (или зависимые) личностные расстройства. Лица с подчиняемыми личностными расстройствами не способны к самостоятельным поступкам, в связи с чем передают другим ответственность за принятие решений в жизненно важных ситуациях (что следует делать, решает партнер). Они подчиняют собственные потребности персоне, от которой зависят, не осмеливаясь сердиться и не рискуя отстаивать свои права.

Отказ от позиции зависимости вызывает крайнюю степень страха или чувства вины. Соответствующей замены дефициту уверенности в себе нет, собственные потребности, если они действительно возникают, замалчиваются и сами собой исчезают. Зависимые личностные расстройства, как правило, сопровождаются выраженной депрессивностью.

К навязчивым (анакастическим) личностным расстройствам относят ограниченную способность теплых и нежных душевных порывов. Вместо этого имеет место чрезмерное соглашательство, формальность и сдержанность. Другие чувства, кроме стремления приспособиться к требованиям окружения и следовать тому, что делают другие, не принимаются в расчет.

Часто встречается сквозная, проходящая через всю жизнь амбивагсетность, сочетающаяся с постоянным сомнением и неспособностью принимать решения. Безопасность здесь связана с предусмотрительностью, планированием и контролем, между тем ни одно дело не доводится до конца.

Отношение к авторитетам неопределенно — от предупредительной покорности до тайного сопротивления, которое особенно выражено при пассивно-агрессивных расстройствах личности.

Пассивно-агрессивные личностные расстройства часто встречаются совместно с другими расстройствами личности (прежде всего с навязчивыми или зависимыми). В центре пас-

186

сивно-агрессивных личностных расстройств стоит *косвенная несостоятельность*, проявляющаяся, например, в склонности откладывать решение на будущее, топтаться на месте, в намеренной небрежности, забывчивости и т. д. Основной чертой поведения с детства является стремление все сваливать на обстоятельства. Косвенная несостоятельность часто приводит к социальной и профессиональной бестолковости, беспорядочности, отсутствию прилежания и может блокировать профессиональную карьеру. «Пассивное сопротивление» выявляет явную аналогию с детским упрямством.

2.6. Психотерапия и психотерапевтический прогноз при расстройствах личности

При личностных расстройствах в случае необходимости показаны: срочная психиатрическая помощь, социотерапевтические мероприятия, защитная (поддерживающая) психотерапия, в том числе и долговременная психоаналитически ориентированная психотерапия или психоанализ.

Выбор психотерапевтических форм, в первую очередь, определяется «Я» - структурой или «Я» - силой пациента, возможностью перенести все ступени закономерного психотерапевтического процесса. Для психотерапевтической индикации важны и обычные критерии (например, мотивация пациента, проявление и размеры вторичных причин возникновения болезни и др.).

Прогноз соответствующей психотерапии при параноидных, шизоидных и антисоциальных личностных расстройствах?: плохой. Несколько лучше он при хорошем структурировании истерических, зависимых, навязчивых и пассивно-агрессивных личностных расстройств.

При необходимости психотерапевтической индикации нарциссических, шизотипических и пограничных личностных расстройств следует быть очень осторожным вследствие их склонности к «Я»-регрессии и негативным терапевтическим реакциям.

187

Пограничные личностные расстройства с их склонностью к импульсивным действиям нуждаются в активном противодействии деструктивным проявлениям, вплоть до строгой изоляции и госпитализации.

Итак, выше мы рассмотрели наиболее типичные нарушения личности, которые исследовались в отечественной патопсихологии и психоаналитической характерологии. Но есть и другие.

Так, М. С. Лебединский, В. Н. Мясищев, рассматривая связь многих болезней, их возникновение и течение с личностью больного, выделяют: распад и деградацию личности в результате органического поражения головного мозга; патологическое развитие личности (психопатии); патологические реакции и развитие в форме неврозов. Клиническому психологу (особенно, работающему в психиатрической клинике) безусловно надо знать и эти нарушения, а потому им будет прочитан специальный курс.

3. Задачи и методы патопсихологического исследования личности

Б. Д. Карвасарский выделяет следующие основные задачи клинического психолога при исследовании личности:

1. Изучение роли личности в происхождении нервно-психических и соматических болезней.

2. Определение значения личностного фактора в патогенезе болезней и формировании клинических картин.

3.Выявление особенностей изменения личности при разных заболеваниях.

4. Разработка эффективных личностно-ориентированных методов психопрофилактики, психотерапии и реабилитации.

Что касается методов патопсихологического исследования личности, то среди них выделяют два главных - клинический и лабораторный. Первый основан на наблюдении за больным, беседах, изучении истории болезни; второй предполагает использование разнообразных тестов.

188

Клинический подход к изучению личности предполагает изучение истории жизни человека с помощью биографического и анамнестического методов.

Анамнез - это получение совокупности сведений о жизни обследуемого, перенесенных им заболеваниях, начале и течении болезней, об условиях жизни, работе и лечении.

Анамнез может быть субъективным и объективным. Первый имеет особое значение в случаях, когда надо выяснить отношение больного к значимым событиям его жизни и состоит в получении информации от самого больного. Второй может иметь место в тех случаях, когда субъективный анамнез затруднен или невозможен вследствие временного или хронического психического расстройства, сенсорных затруднений и т. п. Субъективный и объективный анамнез обычно дополняют друг друга. В клинике многое можно узнать о личности больного также из реальных взаимодействий с ним во время психотерапии и коррекционных мероприятий, а также во время тестирования.

Лабораторный метод. К числу наиболее распространенных тестов, применяемых для исследования личности больного, можно отнести:

1. *Метод исследования уровня притязаний.*

Больному предлагают ряд задач, пронумерованных по степени сложности. Испытуемый сам выбирает посильную для себя задачу. Экспериментатор искусственно создает ситуации успеха-неуспеха для больного, при этом анализирует его реакции в этих ситуациях. Для исследования уровней притязаний применяют разные задания (например, кубики Кооса).

2. *Метод Дембо-Рубинштейна.* Используется для исследования самооценки. Испытуемый на

вертикальных отрезках, символизирующих здоровье, ум, характер, счастье и т. д. отмечает, как он оценивает себя по этим показателям. Затем отвечает на вопросы, раскрывающие его представление о содержании понятий «ум», «здоровье» и пр.

3. *Метод фрустрации Розенцвейга*. С помощью этого метода исследуются характерные для личности реакции в стрессовых

189

ситуациях, что позволяет сделать вывод о степени ее социальной адаптации.

4. *Метод незаконченных предложений*. Тест относится к группе вербальных полупроективных методов. Один из вариантов этого теста включает 60 незаконченных предложений, которые испытуемый должен дописать по своему усмотрению. Предложения разделены на 15 групп, в результате исследования отношения испытуемого к лицам противоположного пола, на чужбине, подчиненным, и т. д.

5. *Тематический апперцептивный тест (ТАТ)* состоит из 20 сюжетных картин. Испытуемый должен составить рассказ по каждой картине. Можно получить данные о восприятии, воображении, способности осмысливать содержание, об эмоциональной сфере, способности вербализации, о психотравме и т. д.

6. *Метод Роршаха*. Состоит из 10 карт с изображением симметричных одноцветных и полихроматических чернильных пятен. Тест используется для диагностики психических свойств личности. Испытуемый отвечает на вопрос, на что это может быть похоже. Оценка ответов проводится по 4 категориям: 1) расположение или локализация; 2) детерминанты (форма, движение, цвет, полутона, диффузность); 3) содержание; 4) популяризм, оригинальность.

7. *Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI)*. Предназначен для исследования свойств

личности, особенностей характера, физического и психического состояния испытуемого. Больной должен отнестись (положительно или отрицательно) к содержанию предлагаемых в тесте утверждений. В результате специальной процедуры строится профиль личности, отражающий соотношение исследуемых личностных особенностей (ипохондричности - сверхконтроля, депрессивности - напряженности, истеричности - лабильности, психопатичности - импульсивности, мужественности - женственности, паранойи — ригидности, психастеничности - тревожности и т. д.).

8. Подростковый диагностический опросник Личко (ПДО).

Используется для диагностики психопатий и акцентуаций характера у подростков.

190

9. Тест Люшера. Включает в себя набор из восьми карт -четыре с основными цветами (синий, зеленый, красный, желтый) и четыре с дополнительными (фиолетовый, коричневый, черный, серый). Выбор цвета в порядке предпочтения отражает направленность испытуемого на определенную деятельность, его настроение, функциональное состояние, а также некоторые наиболее устойчивые черты личности.

Библиографический список

1. Альманах психологических тестов. СПб., 1995.
1. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. М., 1976.
2. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности. М., 1994.
3. Блейхер В. М., Бурлачук Л. Ф. О некоторых теоретических концепциях проективных методов исследования личности в зарубежной психологии и патопсихологии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1972. №5.

4. Бурлачук Л. Ф. Исследование личности в клинической психологии. Киев, 1979.
5. Вассерман Л. И., Горькавая И. Л., Ромицына Е. Е. Тест подростки о родителях. СПб., 1995.
6. Гильяшева И. Н. О применении ТАТ в диагностике нев розов и шизофрении // Психологические проблемы пси хогигиены и медицинской деонтологии. Л., 1972.
7. Гильяшева И. Н., Игнатъева Н. Д. Межличностные от ношения ребенка. М., 1994.
8. Гоштаус И. И. Применение личностного опросника в диагностике параноидной шизофрении // Математиче ские методы психиатрии и неврологии. Л., 1972.
2. Козюля В. Г. Применение теста СМОЛ. М., 1995.

11. Левитов Н. Д. Фрустрация как один из видов психиче ских состояний // Вопросы психологии. 1967. № 6.
12. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера. Л., 1983.
13. Личко А. Е., Иванов Н. Я. Диагностика характера под ростка. М., 1995.
14. Мерлин В. С. Лекции по психологии мотивов человека. Пермь, 1971.
15. Мерлин В. С. Проблемы экспериментальной психоло гии личности. Пермь, 1970.
16. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патоп сихологии и опыт их применения в клинике. М., 1970.
17. Румянцев Г. Г. Опыт применения методов незакончен ных предложений в психиатрической практике // Ис следование личности в клинике в экстре мальных усло виях. Л., 1969.
18. Савенко Ю. С. Диагностическая значимость метода Роршаха // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики медицинской

- деонтологии. Л.,
1976.
19. Собчик Л. Н. Пособие по применению
психологической
методики ММРІ. М., 1971.
20. Собчик Л. Н. Стандартизированный
многофакторный
метод исследования личности: Методическое
руководство. М., 1990.
21. Тарабарина Н. В. К экспериментально-
психологическому
исследованию состояния фрустрации при
неврозах // Вопросы диагностики психического развития.
Таллин,
1974.

192

Лекция 15

ПСИХОЛОГИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ*

План лекции:

1. Понятие нормального и отклоняющегося поведения.
2. Способы взаимодействия индивида с реальностью.
3. Типы девиантного поведения.
 - 3.1. *Делинквентное поведение.*
 - 3.2. *Аддиктивное поведение.*
 - 3.3. *Патохарактерологическое поведение.*
 - 3.4. *Девиантное поведение на базе гиперспособностей.*
4. Клинические формы девиантного поведения.
 - 4.1. *Агрессивное и аутоагрессивное поведение.*
 - 4.2. *Злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности.*
 - 4.3. *Нарушение пищевого поведения.*
 - 4.4. *Сексуальные девиации и перверсии.*
 - 4.5. *Сверхценные психопатологические увлечения.*
 - 4.6. *Характерологические и патохарактерологические реакции,*
 - 4.7. *Коммуникативные девиации.*
 - 4.8. *Безнравственное, аморальное и неэстетическое поведение.*

1. Понятие нормального и отклоняющегося поведения

Аномальное, или девиантное поведение человека — это отклонение в ту или иную сторону от поведения, которое признается нормальным и не отклоняющимся.

Но какое поведение в таком случае признается нормальным?

Выделяют *три характеристики нормального поведения*:

1) сбалансированность психических процессов (на уровне свойств темперамента);

2) адаптивность и самоактуализация (на уровне характеристик логических особенностей);

* Лекция разработана по материалам книги В. Д. Менделевича «Клиническая и медицинская психология». М., 1998.

193

3) духовность, ответственность и совесть (на личностном уровне).

Девиантное поведение — это совокупность действий, противоречащих принятым в обществе нормам, которые проявляются в виде:

1) несбалансированности психических процессов;

1) неадаптивности и нарушении процесса самоактуализации;

2) уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением.

Считается, что взрослый нормальный индивид изначально обладает стремлением к «внутренней цели», в соответствии с которой производятся все без исключения проявления его активности {«*постулат сообразности*» по В. А. Петровскому}. Выделяют различные варианты «постулата сообразности»: го-меостатический, гедонический, прагматический.

Гомеостатический вариант требует устранения конфликтности во взаимоотношениях со средой.

При гедонистическом варианте действия человека детерминированы двумя первичными аффектами: удовольствием и страданием и стремлением максимизировать первое и избежать второго.

Прагматический вариант во главу угла ставит узкопрактическую сторону поведения (польза, выгода, успех).

Основой оценки девиантного поведения человека является анализ его взаимодействий с реальностью, поскольку *главенствующий принцип нормы адаптивности* исходит из приспособления (адаптивности) по отношению к чему-то или

кому-то, т. е. реальному окружению индивида.

2. Способы взаимодействия индивида с реальностью

Различают четыре разных способа взаимодействия индивида с реальностью: противодействие, уход от реальности, игнорирование, приспособление.

194

Противодействие встречается в двух вариантах:

1) индивид сознательно пытается разрушать ненавистную ему реальность, изменять ее в соответствии с собственными установками и ценностями. Он убежден, что все проблемы, с которыми он сталкивается, обусловлены факторами действительности, и единственным способом достижения своих целей является борьба с нею, попытка *переделать реальность под себя* или *извлечь максимальную выгоду* из нарушения норм общественного поведения. При этом ответом со стороны действительности по отношению к такому индивиду становится также противодействие, изгнание или попытка изменить индивида;

2) противостояние реальности обусловлено признаками психической патологии и психопатологическими расстройствами (например, параноидными), при которых *окружающий мир воспринимается враждебным* в связи с субъективным искажением его восприятия и понимания. Симптомы психического заболевания нарушают возможность адекватно оценить мотивы поступков окружающих и вследствие этого эффективное взаимодействие с окружением становится затруднительным. Если при противостоянии реальности здоровый человек осознанно выбирает путь борьбы с действительностью, то *при болезненном противостоянии у психически больного человека данный способ взаимодействия является единственным и вынужденным.*

Уход от реальности. Способ взаимодействия с действительностью в виде ухода от реальности *осознанно или неосознанно выбирают люди, которые считают себя неспособными адаптироваться к действительности, а действительность — «не заслуживающей того, чтобы к ней приспосабливаться».*

Игнорирование реальности. Проявляется обособленностью жизни и деятельности человека, когда он не принимает в расчет требования и нормы реальности, существуя в собственном узкопрофессиональном мире. При этом не происходит ни противодействия, ни ухода от реальности. *Человек существует как бы сам по себе.* Подобный вариант взаимодействия с реальностью довольно редок и встречается лишь у небольшого числа

195

повышенно одаренных, талантливых людей с гиперспособностями в какой-либо одной области.

Приспособление к реальности. Гармоничный человек выбирает приспособление к реальности. Однако нельзя однозначно исключать из ряда гармоничных индивидов лиц, которые используют, к примеру, способ ухода от реальности. Это связано с тем, что реальность, также, как и отдельный индивид, может носить негармоничный характер. Например, добровольное приспособление к условиям авторитарного режима, разделение его ценностей и выбор соответствующего поведения нельзя рассматривать как гармоничное поведение.

3. Типы девиантного поведения

Для того чтобы оценить типы девиантного поведения необходимо представлять, от каких именно норм общества они могут отклоняться. Выделяет следующие нормы, которым следуют люди:

- правовые нормы;
- нравственные нормы;
- эстетические нормы.

В зависимости от способов взаимодействия с реальностью и нарушения тех или иных норм общества девиантное поведение разделяется на четыре типа: делинквентное, аддиктивное, патохарактерологическое, патохарактерологическое на базе гиперспособностей.

3.1. Делинквентное поведение

Правонарушения делятся на преступления и проступки. Деликт - это проступок. Поэтому делинквентное поведение представляет собой один из наиболее «мягких» вариантов отклоняющегося

поведения, которое только в крайних своих проявлениях является уголовно-наказуемым.

На этом основании делинквентное поведение и отличают от криминального (явно преступного) поведения. Однако суть про-

196

ступка (деликта) заключается не только в том, что он не представляет существенной общественной опасности. Деликт отличается от преступления мотивами совершения противоправного деяния.

К. К. Платонов выделил пять типов личности преступников, поведение которых побуждается:

1) соответствующими взглядами и привычками, внутренней тягой к повторным преступлениям;

2) неустойчивостью внутреннего мира, человек совершает преступления под влиянием сложившихся обстоятельств или окружающих лиц;

3) высоким уровнем правосознания, но пассивным отношением к другим нарушителям правовых норм;

4) не только высоким уровнем правосознания, но и активным противодействием или попытками противодействия при нарушении правовых норм другими;

5) возможностью только случайного преступления.

К лицам с делинквентным поведением относятся представители второй, третьей и пятой групп.

У них, если говорить о механизмах делинквентного поведения, в рамках волевого сознательного действия нарушается или блокируется процесс предвосхищения будущего результата деликта (проступка). Такие индивиды легкомысленно, часто под влиянием внешних обстоятельств, совершают противоправные деяния, не представляя их последствий. Сила побудительного мотива к определенному действию тормозит анализ отрицательных (в том числе и для самого человека) последствий. Нередко делинквентные действия опосредуются ситуативно-импульсными или аффектогенными мотивами. В основе ситуативно-импульсных преступных действий лежит тенденция к разрешению внутреннего конфликта, под которым в данном случае понимается наличие неудовлетворенной потребности (С. А. Арсентьев).

Реализуются ситуативно-импульсные мотивы, как правило, без этапа предварительного планирования и выбора адекватных

объектов, целей, способов и программы действия для удовлетворения актуальной потребности.

Типичным примером делинквентного поведения является поведение, побуждаемое озорством или желанием развлечься. Подросток из любопытства и за компанию может бросать с балкона тяжелые предметы (или еду) в прохожих, получая удовлетворение от точности попадания в «жертву». В виде шалости человек может позвонить в диспетчерскую аэропорта и предупредить о якобы заложенной в самолете бомбе. С целью привлечения внимания к собственной персоне («на спор») молодой человек может попытаться залезть на телевизионную башню или украсть у учителя записную книжку.

3.2. Аддиктивное поведение

Аддиктивное поведение представляет собой одну из форм девиантного (отклоняющегося) поведения, которое проявляется в стремлении к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ. *Основным мотивом* лиц, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение не удовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Жизнь видится им неинтересной, в силу ее обыденности и однообразия. Они не приемлют того, что считается в обществе нормальным: необходимости что-либо делать, заниматься какой-нибудь деятельностью, соблюдать какие-то принятые в семье или обществе традиции и нормы.

У индивида с аддиктивной нацеленностью поведения значительно снижена активность в обыденной жизни, наполненной требованиями и ожиданиями. При этом аддиктивная активность носит избирательный характер - в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной стагнации (бесчувственности), он может проявлять недюжинную активность для достижения цели.

Выделяются следующие *психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения* (В. Segal):

1. Сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций.
2. Скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством.

3. Внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами.

4. Стремление говорить неправду.

5. Стремление обвинять других, зная, что они невиновны.

6. Стремление уходить от ответственности в принятии решений.

7. Стереотипность, повторяемость поведения.

8. Зависимость.

9. Тревожность.

В норме, как правило, психически здоровые люди легко («автоматически») приспосабливаются к требованиям обыденной (бытовой) жизни и тяжелее переносят кризисные ситуации. Они, в отличие от лиц с разнообразными аддикциями, стараются избегать кризисов и волнующих нетрадиционных событий. Классическим антиподом аддиктивной личности выступает обыватель - человек, живущий, как правило, интересами семьи, родственников, близких людей и хорошо приспособленный к такой жизни. Именно обыватель вырабатывает устои и традиции, становящиеся общественно поощряемыми нормами. Он консервативен по своей сути, не склонен что-либо менять в окружающем мире, довольствуется тем, что имеет, старается исключить риск до минимума и гордится своим «правильным образом жизни». В отличие от него, аддиктивной личности, напротив, претит традиционная жизнь с ее устоями, размеренностью и прогнозируемостью, когда «еще при рождении знаешь, что и как произойдет с данным человеком». Предсказуемость, заданность собственной судьбы является раздражающим моментом для аддиктивной личности. Кризисные же ситуации с их непредсказуемостью, риском и выраженными аффектами являются для

199

них той почвой, на которой они обретают уверенность в себе, самоуважение и чувство превосходства над другими.

У аддиктивной личности наблюдается феномен «жажды острых ощущений» (В. А. Петровский) - это нечто вроде постоянного эмоционального голода. Но не только.

По мнению Е. Bern, у человека существует *шесть видов голода*:

1) голод по сенсорной стимуляции;

2) голод по признанию;

3) голод по контакту и физическому поглаживанию;

4) сексуальный голод;

5) голод по структурированию времени;

6) голод по инцидентам.

У субъекта с аддиктивным типом поведения каждый из перечисленных видов голода обострен. Он пытается достичь повышенного уровня сенсорной стимуляции (отдает предпочтение громкому звуку, резким запахам, ярким изображениям), стремится к неординарности поступков (в том числе, сексуальных), пытается заполнить время яркими событиями. Вместе с тем объективно и субъективно плохая переносимость трудностей повседневной жизни, постоянные упреки в неприспособленности и отсутствии жизнелюбия со стороны близких и окружающих формируют у аддиктивных личностей «скрытый комплекс неполноценности». Они страдают от того, что отличаются от других, что неспособны «жить как люди». Однако такой временно возникающий «комплекс неполноценности» оборачивается гиперкомпенсаторной реакцией. От заниженной самооценки, навешиваемой окружающими, аддикты переходят сразу к завышенной, минуя адекватную «качели оценок». При этом проявление чувства превосходства над окружающими выполняет защитную психологическую функцию, способствуя поддержанию самоуважения в неблагоприятных микросоциальных условиях.

3.3. Патохарактерологическое поведение

Под патохарактерологическим типом девиантного поведения понимается поведение, обусловленное патологическими измене-

200

ниями характера, сформировавшимися в процессе воспитания. К ним относятся так называемые расстройства личности (психопатии) и явные, то есть выраженные, акцентуации характера.

Дисгармоничность черт характера приводит к тому, что изменяется вся структура психической деятельности человека. В выборе своих поступков он часто руководствуется не реалистичными и адекватно обусловленными мотивами, а существенно измененными «мотивами психопатической самоактуализации». Сущностью данных мотивов является ликвидация личностного диссонанса, в частности рассогласования между идеальным «Я» и самооценкой.

3.4. Девиантное поведение на базе гиперспособностей

Особым типом отклоняющегося поведения считают девиации, обусловленные гиперспособностями (К. К. Платонов). Речь идет о людях, способности которых значительно превышают среднестатистические нормы. В

подобных случаях говорят о проявлениях одаренности, таланта, гениальности в какой-либо одной из областей человеческой деятельности. Отклонение в сторону одаренности в одной области часто сопряжено с игнорированием других сфер жизнедеятельности, что приводит к девиациям в обыденной жизни. Такой человек оказывается часто малоприспособленным к обычной, «приземленной» жизни. Он не способен правильно понимать и оценивать поступки и поведение других людей, оказывается наивным, зависимым и неподготовленным к повседневным трудностям.

Если при делинквентном поведении наблюдается противоборство во взаимодействии с реальностью, при аддиктивном - уход от реальности, при патохарактерологическом и психопатологическом - болезненное противостояние, то при поведении, связанном с гиперспособностями, -- игнорирование реальности. Он расценивает обычный мир как нечто малозначимое, несущественное и поэтому не принимает никакого участия во взаимодействии с ним. Вынужденные контакты воспринимаются человеком с гиперспособностями как необязательные, временные и

201

незначимые для его личностного развития. Внешне в обыденной жизни поступки такого человека могут носить чужаковский характер. К примеру, он может не знать, как пользоваться бытовыми приборами, как элементарно обустроить свою жизнь и т. п. Весь интерес сосредоточен у него на деятельности, связанной с неординарными способностями (музыкальными, математическими, художественными и иными).

4. Клинические формы девиантного

поведения 4.1. Агрессивное и

аутоагрессивное поведение

Агрессией называется физическое или вербальное поведение, направленное на причинения вреда кому-либо.

Агрессия может проявляться в прямой форме, когда человек с агрессивным поведением не склонен скрывать это от окружающих. Он непосредственно и открыто вступает в конфронтацию с кем-либо из окружения, высказывает в его сторону угрозы или проявляет агрессивность в действиях. В косвенной форме агрессия скрывается под маской неприязни, ехидства, сарказма или иронии и оказании, таким образом, давления на жертву.

Существуют следующие *виды агрессивных действий* по Басса-Дарки: физическая агрессия (нападение); косвенная агрессия (злые сплетни, шутки, взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топании ногами и т. д.); склонность к раздражению (готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении); негативизм (оппозиционная манера поведения от пассивного сопротивления до активной борьбы); обида (зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные сведения); подозрительность в диапазоне от недоверия и осторожности до убеждения, что все другие люди приносят вред или планируют его; вербальная агрессия (выражение негативных чувств как через форму - ссора, крик, визг, так и через содержание словесных ответов — угроза, проклятия, ругань).

Условно можно говорить о *конструктивной и неконструктивной формах агрессии* (по терминологии Э. Фромма доб-

202

рокачественной и злокачественной). Различие перечисленных форм заключается в намерениях, предшествовавших проявлению агрессивности.

При конструктивной злой агрессии, преступный умысел нанести кому-либо из окружающих вред отсутствует, тогда как при неконструктивной он является основой выбора именно данного способа взаимодействия с людьми.

Конструктивная форма агрессии может быть названа также псевдоагрессией. Э. Фромм описывает в рамках псевдоагрессивного поведения непреднамеренную, игровую, оборонительную, инструментальную агрессии, агрессию как самоутверждение. Непреднамеренная агрессия может быть признаком психопатологического типа девиантного поведения, в частности, при олигофрении или иных синдромах, сопровождающихся снижением интеллекта. Суть ее заключается в нарушении способности больного олигофренией или деменцией правильно оценивать действия окружающих и собственные реакции, неумении просчитать и спланировать последствия собственных действий. Вследствие этого, к примеру, дружеское рукопожатие может закончиться переломом костей кисти руки, а душевные объятия - болезненным удушением. Признаки инфантилизма и интеллектуальной недостаточности способны привести к тяжелым последствиям и в рамках игровой агрессии, когда человек как бы «заигрывается» в пылу эмоциональной вовлеченности и не соизмеряет силу и выраженность движений в отношении партнера по игре или совместной деятельности.

Неконструктивная агрессивность является признаком либо криминального поведения, либо психопатологического. В первом случае

агрессивность человека опосредуется его осознаваемым деструктивным отношением к реальности и окружающим его людям оппозиционной стратегией и тактикой взаимодействия с действительностью, которая расценивается враждебной. Во втором - она обусловлена психопатологическими симптомами и синдромами, чаще других затрагивающими сферу восприятия, мышления, сознания и воли.

203

Агрессивность при кататоническом и гебефреническом синдромах, встречающихся, как правило, при шизофрении носит выраженный неконструктивный характер в силу того, что является немотивированной, непрогнозируемой, нецеленаправленной и разрушительной. Ее основой служит *симптом импульсивных действий* - неожиданных для окружающих и самого человека эпизодов физической агрессии, сопровождающихся угрюмостью, неконтактностью, неконтролируемостью, настойчивостью и решительностью. Такой больной может внезапно ударить случайного прохожего, бросить камень, укусить рядом находящегося человека и вновь заняться своими делами.

В рамках психопатологических синдромов, при которых основным проявлением являются бредовые идеи (паранойяльный, параноидный, парафренный, синдром психического автоматизма), агрессивность обусловлена ложной интерпретацией действительности. При бредовых синдромах, характеризующихся ложной убежденностью больного в том, что его преследуют, за ним следят, им манипулируют, его обкрадывают, ему причиняют физический вред, агрессивные реакции носят оборонительный и упреждающий оттенок.

Известен феномен «преследования преследователей», когда пациент сам начинает готовить расправу с обидчиками, не дожидаясь их агрессивных действий.

Особое внимание в клинической практике уделяется агрессии, направленной на самого субъекта или аутоагрессивному поведению.

Аутоагрессивное поведение, в отличие от агрессивного, направлено на причинение вреда самому человеку, а не его окружению (хотя существует инфантильная разновидность аутоагрессии, сочетающейся с желанием подобным нетрадиционным образом оказать вредоносное воздействие на близкое окружение). Типичным примером аутоагрессивного поведения является суицид.

Различают три типа суицидального поведения: анемическое, альтруистическое и эгоистическое.

Анемическое суицидальное поведение наиболее часто встречается у психически здоровых людей как реакция личности на непреодолимые жизненные трудности и фрустрирующие события. Следует иметь в виду, что *сам по себе суицидальный акт не может указывать на наличие или отсутствие у человека психических расстройств*, данный вид поведения следует рассматривать как способ психологического реагирования, избранный человеком в зависимости от ценности и значимости происшедшего события. Возможно *адекватное реагирование* в условиях тяжелого и сверхзначимого раздражителя - события, преодоление которого затруднено или невозможно для личности в силу нравственных установок, некоторых физических проявлений и *неадекватное реагирование*, при котором выбранная суицидальная реакция явно не соответствует стимулу.

Суициды преимущественно встречаются в онкологической клинике при диагностике рака. Они могут быть расценены и как адекватные, и как неадекватные в зависимости от ряда причин. Так, если две женщины совершают суицидальные попытки вслед за сообщением им в одном случае о выявленном раке молочной железы I-II стадии, в другом - прямой кишки III-IV стадии, то можно утверждать, что их психические реакции носят различный характер адекватности. Разная оценка адекватности суицидального поведения в приведенных случаях базируется на реалистичности прогноза: при раке молочной железы I-II стадии вероятность летального исхода мала по сравнению с раком прямой кишки I-II-IV. Следовательно, в первом случае «уровень адекватности» ниже, чем во втором. Немаловажным оказывается и отношение к необходимости терапии и активность участия в реабилитационных мероприятиях пациента. Анемический тип суицидального поведения возможен и в случаях, когда жизнь ставит перед человеком мировоззренческую или нравственную проблему выбора того или иного поступка, которую он не в силах разрешить, выбирая уход из жизни. Человек может быть поставлен в условия выбора совершения аморального поступка или действия, которое ему претит в силу эстетических приоритетов, и лишения себя жизни. Решение данной проблемы зави-

сит от личностных качеств индивида, ситуации, а также его психического состояния в конкретный период времени.

Альтруистический тип суицидального поведения также вытекает из личностной структуры индивида, когда благо людей, общества

и государства ставится им выше собственного блага и даже жизни. Данный тип встречается у людей, ориентированных на высокие идеи, живущих общественными интересами и не рассматривающих собственную жизнь в отрыве от окружающих людей и общества. Альтруистические суициды совершаются как психически здоровыми, осознающими реальный смысл происходящего, так и психически больными лицами, находящимися, к примеру, в состоянии религиозного исступления или уходящими из жизни по бредовым мотивам «всеобщего блага».

Эгоистический тип суицидального поведения возникает как ответ на завышенные требования со стороны окружающих, предъявляемые к поведению индивида. Таким человеком, реалистичные нормативы и принуждение выбора соответствующего типа поведения начинает восприниматься как угроза самостоятельности и экзистенциальности. Он принимает решение о расставании с жизнью по причине неуместности его существования в условиях давления и контроля со стороны как близких, так и общества в целом. Суицидальное поведение является в данном случае не реакцией на критическое положение, а позицией по отношению к окружающему миру. Нередко оно встречается у лиц с патологией характера (акцентуациями и расстройствами личности), чувствующих одиночество, отчужденность, непонимание и свою невостребованность.

Возможны индивидуальная, групповая и массовая формы самоубийств. При индивидуальной существенная роль отводится индивидуально-психологическим особенностям человека и параметрам ситуации. В рамках групповых и массовых самоубийств доминирующим становится прессинг окружения и ситуации, в то время как индивидуальные свойства и качества человека отходят на второй план.

206

Различают 11 способов самоубийства:

- самоповешение или самоудавление;
- самоутопление;
- самоотравление;
- самосожжение;
- самоубийство с помощью колющих и режущих предметов;
- самоубийство с помощью огнестрельного оружия;
- самоубийство с помощью электрического тока;
- самоубийство с помощью использования движущегося транспорта или движущихся частей

- механизмов;
- самоубийство при падении с высоты;
- самоубийство с помощью прекращения приема пищи;
- самоубийство переохлаждением или перегревом.

Выбор способа самоубийства зависит от социальных, культурно-исторических, религиозных, эстетических, ситуационных моментов и индивидуально-психологических особенностей человека.

Прежде всего это *традиции*. При выборе способа ухода из жизни японский самурай мужественно делал себе харакири, влюбленные романтично бросались с моста, офицер с честью стрелял себе в висок, ревнивец вешался.

Выбор способа самоубийства обусловлен также эстетическими понятиями человека. По мнению Л. З. Трегубова и Ю. Р. Вагина, имеется *три эстетических параметра* выбора способа суицидальных действий. При прочих равных условиях человек стремится выбрать тот способ самоубийства, который:

- а) наиболее приемлем и допустим в данной социальной среде;
- б) ведет к наименьшему обезображиванию тела;
- в) не вызовет негативных эстетических переживаний у окружающих.

Наряду с культурно-историческими и эстетическими критериями при выборе способа ухода из жизни, значимым является *болезненность или безболезненность* предполагаемого суицидального действия, а также *индивидуально-психологические особенности* суицидентов.

Так, в рамках *адреналинового типа девиантного поведения* суицидальные попытки совершаются, как правило, с целью вывода себя из состояния бесчувствия. Для этого используются следующие действия: удушение себя до степени появления первых признаков измененного состояния сознания; хождение над обрывом или по краю пропасти (балкона, подоконника); игра с заряженным боевыми и холостыми патронами пистолетом на «испытание судьбы», прижигание или надрезание кожи и др.

При *патологическом типе* мотивом парасуицидального поведения чаще всего является эпатаж и конфронтация с окружающими, а лица с *истерическими расстройствами* таким образом пытаются достичь для себя желаемого результата. Если же последние склоняются к истинному суициду, то совершают выбор, как правило, основываясь на эстетических критериях («как я буду выглядеть в гробу»).

Лица с возбудимыми чертами характера

склонны совершать аутоагрессию под влиянием аффектогенной ситуации, не раздумывая над способом.

Особую группу аутоагрессивного поведения составляют психически больные.

Суицидальные мысли, намерения и действия являются типичными для депрессивного синдрома. Снижение настроения здесь сопровождается занижением самооценки, появлением идей о нежелании жить, невозможности справиться с «душевной болью» и жизненными трудностями. Пациент склонен к интрапунитивному реагированию, обвинению себя во всех бедах, отсюда заключение о невозможности и нецелесообразности дальнейшего существования.

При дисморфоманическом синдроме источником подобного решения становится ложная убежденность в наличии у человека уродств, заметных окружающим и осуждаемых ими. Пациент пытается покончить жизнь самоубийством вследствие того, что испытывает глубокие переживания из-за того, что окружающие люди якобы обращают на него внимание, подсмеиваются, «не дают проходу», распускают сплетни, и он не может показываться в обществе.

208

Галлюцинаторные (чаще вербальные) образы могут провоцировать аутоагрессивное поведение в силу двух причин:

- во-первых, вследствие того, что становятся «невыносимыми», поскольку не прекращаются ни на минуту в течение суток, недель, месяцев;
- во-вторых, из-за того, что «голоса» могут открыто и прямо приказать пациенту совершить самоубийство, обвинив его в каких-либо проступках.

У больных шизофренией мотивы принятия решения о самоубийстве и выбор способов весьма своеобразны. В. Д. Менделевич приводит такие наблюдения.

Одна пациентка собиралась покончить с собой утопившись, но непременно в Мертвом море.

Другая предполагала уйти из жизни так: «Проглотить нитроглицерин, предварительно завернутый в полиэтиленовый пакет, а затем спрыгнуть с высотного здания, чтобы произошел взрыв и ничего не осталось».

Третий больной, намереваясь умереть под колесами мчащегося поезда, передумал совершать самоубийство по причине того, что на нем оказался в этот момент «только что купленный» новый костюм.

Специфичную группу составляют лица,

совершающие одиночные и групповые *самоубийства по религиозным соображениям*. Их мотивами являются принести себя в жертву, умереть ради какой-то общей цели или высокой идеи. Массовые самосожжения на почве религиозного фанатизма и теракты многочисленных комикадзе последнего времени - типичные тому примеры.

4.2. Злоупотребление веществами, вызывавшими состояния измененной психической деятельности

Девиантное поведение в виде злоупотребления веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности, формирующими психическую и физическую зависимость

209

от них, является одним из самых распространенных видов отклоняющегося поведения.

Сутью такого поведения становится значительное изменение иерархии ценностей человека, уход в иллюзорно-компенсаторную деятельность и существенная личностная деформация. При применении опьяняющих веществ, которые изменяют восприятие мира и самооценку человека, происходит постепенное отклонение поведения в сторону формирования патологической зависимости от вещества, фетишизации его самого и процесса употребления, а также искажение связей человека с обществом.

По мнению Б. С. Братуся, опьяняющее вещество (алкоголь, наркотик, токсическое средство) отражает проекцию психологического ожидания, актуальных потребностей и мотивов на психофизиологический фон опьянения, создавая внутреннюю картину, которую человек приписывает действию напитка, делая его психологически привлекательным.

Мотивация употребления алкоголя и наркотических веществ имеет несколько форм (Ц. П. Короленко, Т. А. Донских).

Атарактическая мотивация заключается в стремлении применения веществ с целью *смягчения или устранения эмоционального дискомфорта*. В данном случае вещество, вызывающее опьянение, используется как лекарственный препарат, снимающий негативные феномены и симптомы душевного неблагополучия.

Среди симптомов, которые, в первую очередь, подталкивают человека к употреблению таких веществ, оказываются страх, тревога, депрессия и их разновидности. Нередко употребление веществ направлено на купирование внутриличностного конфликта.

Гедонистическая мотивация выступает как бы продолжением и развитием атарактической, но разительно отличается от нее по качеству. Атарактическая приводит эмоциональное состояние в норму из сниженного, а гедонистическая способствует повышению нормального (несниженного) настроения.

210

Типичной гедонистическая мотивация считается для аддиктивного поведения. Человек с аддиктивной направленностью поступков склонен искать в алкоголе или наркотиках способ ухода от реальности в иллюзорный мир, доставляющий ему наслаждение. При этом он выбирает из богатого арсенала наркотических веществ или алкогольных напитков лишь те, которые обладают эйфоризирующим эффектом, способствующим быстрому и резкому повышению настроения, появлению смешливости, благодушия, радости, любвеобилия, легкого достижения сексуального оргазма.

К веществам, используемым при аддиктивном типе девиантного поведения, относят такие вещества, как марихуана, опий, морфин, кодеин, кокаин, ЛСД, циклодол, эфир и некоторые другие.

Мотивация с гиперактивностью и гиперсексуальностью, как правило, встречается при аддиктивном типе девиантного поведения. Пресытившись традиционными способами достижения оргазма, человек нацеливается на новые, более возбуждающие способы («ловля оргазма»), сопряженные с риском и употреблением наркотических веществ. Такие способы позволяют ему вывести себя (пусть на короткое время и ценой психических расстройств) из состояния скуки и равнодушия. Нередко сексуальная партнерская пара совместно принимает перед коитусом наркотические вещества для снятия однообразия в интимной жизни.

Субмиссивная мотивация применения веществ отражает неспособность человека отказаться от предлагаемого окружающими приема алкоголя или наркотических веществ, которая вытекает из характерологических или личностных особенностей человека. В одном случае это обусловлено ананкастическими или зависимыми чертами характера (робостью, застенчивостью, конформностью, тревожностью, осторожностью в общении), при которых индивид старается избегать ситуаций осуждения (в частности, за нежелание «за компанию» употребить спиртные напитки). Страх оказаться вне коллектива, быть изгнанным из него за неконформное поведение являются базой для субмис-

сивной мотивации употребления веществ, вызывающих изменение психического состояния.

Псевдокультурная мотивация основывается на мировоззренческих установках и эстетических пристрастиях личности. Человек рассматривает употребление алкоголя или наркотических веществ сквозь призму «изысканности вкуса», причастности к кругу избранных. В большей степени при псевдокультурной мотивации важно не само употребление веществ, сколько демонстрация этого процесса окружающим.

Выделяют *три механизма доминирования алкогольной и наркотической потребности* в формировании зависимости с комплексом клиническим симптомов и синдромов (Э. Е. Бехтель):

1. *Эволюционный механизм.* По мере повышения интенсивности эйфоризирующего эффекта происходит рост потребности, которая из второстепенной, дополнительной (аддиктивной, психопатологической) становится вначале конкурирующей, а затем доминирующей.

2. *Деструктивный механизм.* Разрушение личностной структуры, вызванное какими-то психотравмирующими факторами, крахом личности, сопровождается изменением ее ценностной ориентации. Значение прежде доминирующих потребностей при этом снижается. Второстепенная потребность в веществе, изменяющих психическое состояние, может неожиданно стать доминирующей, основным смыслообразующим мотивом деятельности.

3. *Механизм, связанный с изначальной аномалией личности.* Он отличен от деструктивного тем, что аномалия является длительно существовавшей, а не возникшей в силу психотравмирующего воздействия на личность. При этом наблюдается *три варианта аномалий, обусловленных:*

а) *аморфной личностной структурой*, когда любая сколь угодно значимая потребность быстро становится доминирующей;

б) *недостаточностью внутреннего контроля*, когда не полная интериоризация общепринятых норм не

позволяет вырабатывать внутренние формы контроля;

212

в) *аномалией микросреды*, когда искаженные групповые нормы формируют аномальные установки на употребление веществ, изменяющих психическое состояние.

4.3. Нарушение пищевого поведения

Пищевое поведение человека оценивается как гармоничное (адекватное) или девиантное в зависимости от множества параметров, в частности, от того, что в данной социокультурной среде принимается за норму.

В восточной культуре, как правило, привлекательнее и здоровее рассматривается полный, упитанный человек с хорошим аппетитом. Нормальным поведением в период стресса рассматривается повышение аппетита и усиленное питание.

В России предоставление большого количества продуктов питания оценивается как высшая степень гостеприимства.

В западной культуре питание само по себе не является ценностью, а гостеприимство не включает в обязательном порядке процесс питания. Здесь ценностью является контроль над приемом пищи и ориентация на иные стандарты красоты и эстетики: стройность, худоба, спортивность.

В связи с подобными социокультурными различиями оценка девиантного пищевого поведения в обязательном порядке должна учитывать этнокультуральный, принимаемый за норму в окружении данного человека, стереотип пищевого поведения.

Основными нарушениями пищевого поведения считаются нервная анорексия и нервная булимия. Общими для них являются такие параметры, как:

- озабоченность контролем веса собственного тела; искажение образа своего тела; изменение ценности питания в иерархии ценностей.

Нервная анорексия представляет собой расстройство пищевого поведения, характеризующееся преднамеренным снижением веса, предпринимаемым самим индивидом.

Отказ от пищи связан, как правило, с недовольством своей внешностью, избыточной, по мнению самого человека, полно-

213

той. Часто основой нервной анорексии служит искаженное восприятие себя и ложная интерпретация отношения окружающих к внешности. Данный синдром носит название

дисморфомани-ческого синдрома. Однако формирование нервной анорексии возможно и вне данного синдрома.

Выделяют (М. В. Коркина) **четыре стадии нервной анорексии:**

1) инициальная; 2) активной коррекции, 3) кахексии, 4) редукции синдрома.

В инициальной стадии индивид выражает недовольство преимущественно избыточной, по его мнению, полнотой либо всей фигуры, либо отдельных частей тела (живота, бедер, щек). При этом он мысленно ориентируется на выбранный идеал и мечтает похудеть, чтобы быть похожим на своего кумира.

На стадии активной коррекции нарушения пищевого поведения становятся очевидными для окружающих. Здесь происходит становление девиантного поведения, индивид начинает прибегать к различным способам похудения. Прежде всего он выбирает *ограничительный пищевой стереотип*, исключая из пищевого рациона отдельные высококалорийные продукты, склоняется к соблюдению строгой диеты, начинает использовать различные физические упражнения и тренировки, принимает большие дозы слабительных средств, использует клизмы, искусственно вызывает рвоту. Ценность питания снижается до минимума, при этом индивид оказывается не способным контролировать свое речевое поведение, он постоянно возвращается к теме похудения, обсуждения диет и тренировок.

На стадии кахексии могут появляться признаки дистрофии: снижение массы тела, сухость и бледность кожных покровов и другие симптомы.

Диагностическими критериями нервной анорексии являются:

а) снижение на 15 % и сохранение на сниженном уровне массы тела;

б) искажение образа своего тела, проявляющееся в виде страха перед ожирением;

214

в) намеренное избегание пищи, способной вызвать увеличение массы тела.

Нервная булимия характеризуется повторяющимися приступами переедания, невозможностью даже короткое время обходиться без пищи и чрезмерной озабоченностью весом собственного тела.

По клиническим описаниям такой индивид ориентирован на пищу, он планирует собственную жизнь, основываясь на возможности принять пищу в нужное время и в необходимом для него количестве. Ценность данной стороны жизни выходит на передний план, подчиняя себе все

остальные ценности. При этом отмечается *амбивалентное отношение к приему пищи*: с одной стороны, желание есть большое количество пищи; с другой, - негативное, самоуничижительное отношение к себе и своей «слабости».

Выделяется *несколько диагностических критериев нервной булимии*:

а) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище даже в условиях ощущения сытости;

б) попытки противодействовать эффекту ожирения с помощью таких приемов, как вызывание рвоты, злоупотребление слабительными средствами, альтернативные периоды голодания, использование препаратов подавляющих аппетит;

в) навязчивый страх ожирения.

Как видно из клинических описаний, нервная анорексия и нервная булимия имеют ряд общих черт, вследствие чего можно говорить о едином комплексе нарушений пищевого поведения.

Еще одной разновидностью нарушений пищевого поведения является *стремление поедать несъедобные предметы*. Как правило, такой тип поведения встречается лишь *при психических заболеваниях* или грубой патологии характера, хотя не исключено его появление и в рамках делинквентного поведения с целью симуляции соматической болезни и достижения какой-либо цели. При психопатологическом типе девиантного поведения отмечается, например, поедание испражнений (копрофагия), ног-

215

тей (онихофагия), при делинквентном - заглатывание металлических предметов (монет, булавок, гвоздей).

Извращение вкуса как нарушение пищевого поведения, встречается при многих физиологических состояниях человека. В частности, при беременности у женщины появляется тяга к острой, соленой пище или определенному конкретному блюду. Изменение отношения к ряду продуктов с формированием измененного пищевого поведения возможно при заболеваниях головного мозга.

В рамках патохарактерологического типа девиантного поведения изменения пищевого поведения могут носить *характер неэстетичности*. Человек, к примеру, может неэстетично есть (чавкать, хлюпать, причмокивать при еде), быть неаккуратным и нечистоплотным (есть немытые продукты, пить грязную воду) или, наоборот, быть повышенно брезгливым даже по отношению к близким родственникам; не уметь использовать или

игнорировать применение столовых приборов.

К стереотипам пищевого девиантного поведения относят также *скорость принятия пищи*. Отмечаются две крайности: *очень замедленное* принятие и *сверхбыстрое* торопливое заглатывание пищи, которые могут быть обусловлены семейными традициями или свойствами темперамента.

4.4. Сексуальные девиации и перверсии

Под сексуальными девиациями понимается любое количественное или качественное отклонение от сексуальной нормы.

Казалось бы, все очень просто. Однако оценка отклонений в сексуальном поведении наталкивается на ряд сложностей, поскольку имеются существенные разночтения в понимании сексуальной нормы.

В сексологии принято разделять понятие индивидуальной и партнерской норм.

Индивидуальная норма - это когда, во-первых, человек не исключает и не ограничивает возможность осуществления гени-тальных взаимодействий, которые могут привести к зачатию;

216

во-вторых, не имеет стойкой тенденцией к избеганию половых (в том числе, сексуальных) контактов (Godlewski).

Партнерская норма - когда все виды сексуального поведения и сексуальных действий, имеющих место между двумя зрелыми лицами, принимаются обоими, направлены на достижение наслаждения, не вредят их здоровью и не нарушают норм общежития.

Как видим, *в структуре партнерской нормы выделяется следующие критерии*: 1) количество одновременно взаимодействующих партнеров, 2) их зрелость, 3) стремление к достижению обоюдного согласия, 4) отсутствие ущерба собственному здоровью, 5) здоровью и комфорту других людей.

Критерий количества одновременно взаимодействующих партнеров нацеливает на парные сексуальные контакты в связи со значимостью принципа интимности для становления гармоничных сексуальных взаимоотношений.

Критерий зрелости указывает на возможность понимать биологический и социальный смысл сексуальных действий и быть ответственным за их последствия.

Критерий стремления к согласию предполагает достижение обоюдного согласия

партнеров относительно выбора места, времени, способов взаимодействия, «диапазонов приемлемости» и «сексуальных сценариев».

Критерий непричинения ущерба собственному здоровью содержит реальную самооценку человеком собственных сексуальных способностей и исключение поведения, наносящего вред здоровью.

Критерий непричинения вреда партнеру и комфорту окружающих включает предупреждение негативных психофизиологических и социальных последствий для партнера и циничных, оскорбляющих общественную нравственность, действий для окружающих.

Для оценки нормального и аномального сексуального поведения учитывают **четыре вектора сексуальной ориентации**: вектор интенсивности фииии, вектор направленности (парт-

217

нерства), вектор способа реализагци полового влечения и вектор телесного образа.

Вектор интенсивности фииин является количественным показателем силы либидо безотносительно к его направленности. По нему различают гипофилию и гиперфилию.

Вектор направленности (партнерства) отражает выбор объекта сексуального влечения на основе различных параметров: возраста, пола, этнической принадлежности, профессии, социального статуса, одушевленности или неодушевленности, биологических и анатомических особенностей (человека, животного), количества партнеров и др.

Вектор способа реализации указывает на предпочтительность тех или иных методов и средств достижения оргазма, среди которых различают механические, психологические, физиологические.

Вектор телесного образа учитывает принятие или непринятие индивидом собственного пола.

Каждая из составляющих перечисленных векторов или их сочетание могут приводить к формированию разнообразных сексуальных девиаций или перверсий. Рассмотрим наиболее известные из них.

Гиперсексуальность является одной из базовых характеристик подавляющего большинства сексуальных девиаций и перверсий. Она характеризуется *значительным повышением ценности сексуальной жизни* для человека и вытеснением иных ценностей. Сексуальное поведение становится не столько средством для достижения удовлетворения, но и самоцелью.

В норме *целями* вступления человека в сексуальные контакты являются удовлетворение

коммуникативной, прокреативной и рекреативной потребностей, а *мотивами* — любопытство, интерес, удовольствие, альтруизм и др.

При гиперсексуальности обычные цели и мотивы отходят на второй план, уступая место нетрадиционным. В результате сексуальный контакт может использоваться в так называемых несексуальных целях. Появляются разнообразные, отклоняющиеся от норм права, нравственности или эстетики, формы сек-

218

суального поведения: *секс как унижение, секс как гордыня, секс как развлечение, секс как спорт, секс как работа и т. д.*

Вот как описывает некоторые из таких отклонёний В. Д. Менделевич. «При девиантном сексуальном поведении, — пишет он, — человек склонен получать сексуальное удовлетворение, сочетая коитус с оскорблением и принуждением партнера к вступлению в сексуальный контакт в неподходящей для него форме (времени, интенсивности) с полным игнорированием его свободного выбора. Сходное отклоняющееся поведение может быть направлено на удовлетворение гордыни человека.

Вступление в сексуальные взаимодействия с целью поставить рекорд по количеству партнеров или по продолжительности одного контакта также носит характер девиации, формируя поведение по типу промискуитета (беспорядочных половых связей). В данном случае поиск объекта удовлетворения сексуального чувства приобретает навязчивый или сверхценный характер, и партнер может обесцениваться до уровня «персонифицированного возбуждающего объекта».

Особо с позиции этики и нравственности выделяется *проституция*, когда основной целью вступления в сексуальные связи становится корысть.

Все вышеперечисленные формы отклоняющегося поведения формируются лишь на основе гиперсексуальной ориентации. Они выполняют роль ухода от скучной реальности в мир ярких и необычных сексуальных переживаний. Таким образом, гиперсексуальное поведение входит в структуру аддиктивного типа девиантного поведения, хотя оно может встречаться и при иных типах.

Разновидностью гиперсексуального поведения является провоцирующее поведение без истинного желания вступать в интимные отношения. Такое поведение включает фриivolность в высказываниях, сексапильность во внешности и манерах.

При асексуальном девиантном поведении человек занижает ценность сексуальной жизни или отрицает ее значимость полностью. Следуя

такой установке, он исключает из своей жизни поступки, направленные на сексуальные контакты. Он

219

может обосновывать это моральными или мировоззренческими соображениями, отсутствием интереса, желания или иными мотивами. Асексуальность часто сочетается с особенностями характера в виде акцентуаций и патологических вариантов шизоидной или зависимой (астенической) направленности.

Выбор сексуального партнера в норме осуществляется с учетом возрастного фактора. Адекватной у взрослого человека считается направленность на лицо из близкой к нему возрастной когорты. Выделяют ряд сексуальных девиаций, диагностика которых строится на несоответствии возрастной направленности влечения — это *педофилия*, *эфебофилия*, *геронтофилия*.

Педофилией называется направленность сексуального и эротического влечения взрослого человека на ребенка. Человек с педофильной направленностью не находит полного сексуального удовлетворения в контактах со сверстниками и способен испытывать оргазм лишь при взаимодействии с детьми. Формы педофильных контактов различны: от редко встречающихся собственно коитальных до эксгибиционистских актов и петтинга.

Данный вид сексуальных девиаций может быть представлен как в рамках патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения, так и при аддиктивном типе.

Эфебофилия — сексуальное влечение к подросткам. Мотивом поведения человека, склоняющегося к выбору партнером подростка, является, с его слов, *поиск «непорочности»*, отсутствия сексуального опыта. Описан стиль сексуального влечения к девочкам-подросткам в сочетании с фетишизмом: объект обязательно должен быть, к примеру, «в школьной форме с фартучком». При эфебофилии, по сравнению с педофилией, повышается число собственно коитальных контактов взрослого с подростком. Эфебофилия может входить в структуру делинквентного, аддиктивного, патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения.

Геронтофилия — сексуальное влечение к партнеру старческого возраста, при этом старческое тело играет роль своеобразного фетиша (К. Imielinski). Как правило, встречается только у мужчин. Считается, что геронтофилия базируется на психопато-

логических симптомах и синдромах, в частности, изменениях личности (органического, алкогольного генеза), деменции различного происхождения, психопатических проявлениях.

Зоофилия - сексуальное влечение к совершению сексуальных действий с животным. При этом животное рассматривается человеком с зоофильной ориентацией как заместительный сексуальный объект. Чаще всего при данном виде отклоняющегося поведения используется коитальный генитально-анальный контакт. Из болезненных признаков, на базе которых формируется зоофилия, чаще других оказывается олигофрения, деменция и изменения личности при различных заболеваниях головного мозга. Аддиктивное поведение в виде зоофилии встречается редко.

Фетишизм, или сексуальный символизм - одна из самых распространенных сексуальных девиаций характеризуется замещением объекта или субъекта сексуального влечения каким-либо символом (частью его одежды, личным предметом), который оказывается достаточным для достижения сексуального возбуждения и оргазма. В качестве фетиша может выступать практически любая часть человеческого тела желанного объекта (грудь, волосы, голень, ягодицы и пр.). *Дифференциальными критериями отграничения признаков фетишизма в рамках нормы и при девиации может служить появление самодостаточности и предпочтительности фетиша самому объекту.*

Фетишизм встречается при патохарактерологическом и психопатологическом типе отклоняющегося поведения, особенно часто при наличии в клинической картине заболевания или структуре характера шизоидных или психастенических черт.

Нарциссизмом (аутоэротизмом) обозначается направленность сексуального влечения на себя. Он проявляется самолюбованием, повышенным интересом к собственной внешности, половым органам, сексапильности. Часто нарциссизм сочетается с истерическими чертами. Такой человек склонен рассматривать собственное тело в зеркале, фотографировать или снимать на видеопленку себя в обнаженном виде, имитируя при этом позы и действия порнозвезд.

Садизм, мазохизм и садомазохизм являются близкими друг к другу сексуальными девиациями, поскольку включают *сопряженность сексуального удовлетворения с насилием и агрессией*, направленной либо на партнера (садизм), либо на себя (мазохизм), либо и на того, и на другого (садомазохизм).

Садистическое поведение проявляется в стремлении подавлять сексуального партнера, унижать его, оказывать болевое и психологическое воздействие. Агрессивность у такого человека способствует достижению более высокой степени оргастического чувства. Садизм как сексуальная девиация коррелирует с потребностью властвовать и доминировать в жизни, которая, как правило, остается неудовлетворенной.

При мазохизме человек стремится быть униженным и подавленным сам. Лишь это способно вызвать у него оргазм.

При садомазохизме у одного и того же человека представлены оба направления в удовлетворении сексуальной потребности.

Последние три из сексуальных девиаций чаще других вступают в противоречие с законом и встречаются при любом типе отклоняющегося поведения.

Эксгибиционизмом называют сексуальную девиацию, при которой сексуальное удовлетворение достигается путем демонстрации собственных половых органов или своей сексуальной жизни окружающим. Разновидностью эксгибиционизма является **кандауьеризм**, при котором достижение сексуального удовлетворения связано с демонстрацией окружающим обнаженной жены или сексуальной партнерши.

Вуайеризм - это форма девиантного сексуального поведения, заключающаяся в получении сексуального удовлетворения *при подсматривании, подглядывании* (или подслушивании) за обнажением или сексуальной жизнью других людей.

Особую группу сексуально отклоняющегося поведения составляют девиации, при которых изменяется, *с одной стороны*, традиционная гетеросексуальная ориентация, с другой — имеется тенденция к нарушению идентификации собственного пола. К данной группе относят: гомосексуализм, трансвестизм двойной роли и транссексуализм.

Под гомосексуализмом понимают сексуальную ориентацию человека, направленную на лиц своего пола без существенного изменения идентификации собственного пола.

Brautigam выделяет четыре типа гомосексуального поведения:

- а) псевдогомосексуализм, при котором выбор партнера своего пола делается на основе несексуальных мотивов (материальных выгод, желания унижить человека и т. д.);
- б) гомосексуализм периода развития (детско-

подростковые, преимущественно игровые, девиации);
в) гомосексуализм, обусловленный различными задержками психического развития и входящий в структуру психических расстройств;
г) истинный гомосексуализм, обусловленный гомосексуальными наклонностями.

Наиболее известным является поведение лиц с истинным гомосексуализмом. Принято считать, что подобная гомосексуальная ориентация человека и соответствующее поведение не обусловлены патологическими механизмами, а являются *лишь особым нетрадиционным видом человеческого поведения, разновидностью нормы*. При гомосексуализме человек осознает принадлежность к собственному полу и не нацелен на его замену, в отличие от поведения при транссексуализме. Он знает, что его сексуальная ориентация является нетрадиционной и негативно воспринимается большинством членов общества, в том числе близкими, в результате чего возможно формирование у человека внутриличностного конфликта из-за разнонаправленности внутренних устремлений и внешних требований к проявлениям сексуальности. Такой тип гомосексуализма называется *эгодистоническим*.

В случае отсутствия внутриличностного конфликта, т. е. принятия собственной нетрадиционной ориентации и игнорирования мнения и отношения общества, говорят об *эгосинтоническом* типе гомосексуализма. Характерными внешними проявле-

223

ниями последнего являются: эпатирование окружающих людей нарочитым гомосексуальным поведением, использование манер, одежды и внешних признаков лиц противоположного пола, возведение собственной нетрадиционной сексуальной ориентации в культ, подчинение ей всех иных ценностей.

При трансвестизме двойной роли половая идентификация не нарушена, но при этом для человека характерно ношение одежды противоположного пола с целью получения сексуального удовлетворения *от временного ощущения* своей принадлежности к другому полу. При этом навсегда изменить свой пол человек не хочет, в связи с чем стремления к хирургической коррекции пола у него не наблюдается.

При **транссексуализме** нарушается половая идентификация, в результате человек сознает себя представителем противоположного пола. Он активно нацелен на хирургическую коррекцию пола с целью снятия внутриличностного

конфликта, обусловленного несоответствием осознания собственной половой принадлежности и внешне навязываемыми ему стереотипами поведения.

4.5. Сверхценные психологические увлечения

Одним из наиболее распространенных видов отклоняющегося поведения считаются сверхценные психологические увлечения.

Увлечением называют повышенный интерес, пристрастное эмоциональное отношение к чему-либо.

Существенными признаками сверхценных психологических увлечений (по В. Д. Менделевичу) считаются:

- глубокая и длительная сосредоточенность на объекте увлечения;
- пристрастное, эмоционально насыщенное отношение к объекту увлечения;
- утрата чувства контроля над временем, затрачиваемым на увлечение;

224

игнорирование любой иной деятельности или увлечения.

К числу сверхценных психологических увлечений относятся *трудоголизм, гемблинг, фанатизм, сутяжничество* и др. Остановимся на них.

Трудоголизм (работоголизм) - это бегство в работу. Для *трудоголика работа является самоцелью*, а не способом достижения материальных благ, престижа или чего-либо другого, что свойственно работающему человеку в норме. Трудоголик сосредоточен на интересующей его деятельности постоянно, он не в состоянии отвлечься от мыслей о работе даже на отдыхе. Базой для формирования данного вида сверхценного увлечения являются либо особенности характера, способствующие фиксации внимания и деятельности на выполнении служебных обязанностей из-за страха не справиться с ними, либо аддиктивный уход от реальности в работу.

Сверхценные психологические увлечения в виде активной и пристрастной деятельности могут наблюдаться и *на поприще хобби*. Например, человек может формально ходить на основную работу, добросовестно выполнять ее, но при этом эмоциональное удовлетворение он находит в другой деятельности (рыболовство, охота,

коллекционирование и т. д.).

Гемблинг - сверхценное увлечение азартными играми. Это когда человек полностью посвящает себя игре (карты, рулетка, тотализатор). Игра становится самоцелью, а не средством добывания денег. У гемблинга как разновидности аддиктивного типа девиантного поведения (Ц. П. Короленко, Т. А. Донских) выделяют следующие признаки:

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.

2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой деятельности, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.

225

3. «Потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.

4. Появление состояний психологического дискомфорта, раздражительности, беспокойства (так называемой «сухой абстиненции») через короткие промежутки времени после очередного участия в игре с труднопреодолимым желанием приступить к игре вновь («игровым драйвом»).

5. Увеличение частоты участия в игре и стремление ко все более высокому риску.

6. Нарастание снижения способности сопротивляться соблазну («снижение игровой толерантности») возобновить игру.

Человек, склонный уходить от реальности в мир игр, выбирает данный вид поведения в связи с неприспособленностью к обыденной жизни, которая перестает его удовлетворять и радовать. Он ищет в игре азарта и риска, бурных предельных эмоций, которых не находит в повседневной жизни. Основой аддиктивного поведения в виде гемблинга является феномен «жажды острых ощущений» и, как следствие, высокой степени риска в игре «на грани фола».

Разновидностью сверхценных увлечений является так называемая «Паранойя здоровья».

«Паранойя здоровья» - это увлеченность оздоровительными мероприятиями (бегом, особой

гимнастикой, например, йо-говской, дыхательными упражнениями, моржеванием, обливанием ледяной водой, промыванием ноздрей соленой водой и пр.). Механизмом формирования «паранойи здоровья» является феномен «сдвига мотива на цель», когда из средства достижения здоровья оздоровительные мероприятия превращаются в самоцель, в источник единственного или доминирующего способа получения удовольствий.

Фанатизм как сверхценное увлечение - это одержимость какой-либо деятельностью, подчинение человека деятельности и растворение в ней. Фанатичное отношение формируется в таких сферах, как *религия* (религиозный фанатизм), *спорт* (спортивный фанатизм) и *музыка* (музыкальный фанатизм) и др. В слу-

226

чае фанатизма человек начинает действовать по психологическим законам группы и ее лидера, он не способен критично отнестись к высказываниям кумира (по сути идола) и осознать отклонения собственного поведения, например, уход из семьи, оставление работы.

Одним из мотивов отрыва человека от реальности и ухода в группу может быть *психологические проблемы*, с которыми индивид справиться самостоятельно не способен. Как правило, данный мотив основывается на психопатологических симптомах и синдромах, патологии характера или внутриличностном невротическом конфликте. Уход человека в группу фанатиков обусловлен снятием с себя ответственности за принятие решений по многим жизненным проблемам, желанием стать ведомым, искоренить в себе сомнения и неуверенность.

Другим мотивом фанатичного поведения в группе может быть стремление уйти от однообразной реальности. Кумир, идол, идея, ритуал, причастность к какой-либо тайне или особой социальной группе - вот своеобразные аддикты.

«Синдром «философической интоксикации» встречается, как правило, у подростков при шизофрении. Предметом увлечения выступает философская, теологическая или психологическая проблематика. Пациент начинает анализировать свое собственное поведение и поведение окружающих не иначе как с точки зрения интересующих его проблем, он перестает адекватно воспринимать мир и реальность, склонен обсуждать собственные «открытия» с друзьями, записывать свои мысли, читать огромный объем соответствующей литературы.

Сверхценные идеи как разновидность психопатологических увлечений бывают следующих видов: *идеи высокого происхождения*,

чужих родителей, эротического отношения, реформаторства и изобретательства, которые способны существенно изменять поведение человека.

В. Д. Менделевич приводит следующие примеры их проявления:

«При идеях высокого происхождения индивид, будучи убежденным в том, что фактически он происходит от знатного ро-

227

да, богачей, политических деятелей стремиться доказать это на практике. Он ведет себя надменно, переполнен гордостью за себя и кичится высоким происхождением. Идеи чужих родителей выдвигаются на основании искаженного болезненного восприятия и интерпретации событий («я не похож на родителей», «никогда не видела фотографий матери в состоянии беременности»). При идеях эротического содержания человек убежден, что один из окружающих (чаще начальник, известный политик, артист или человек, которому симпатизируют многие) тайно влюблен в него и иногда дает об этом знать в виде особых форм поведения, движений, жестов. Идеи реформаторства и изобретательства проявляются в убежденности сделанных индивидом больших открытий, способных изменить общество или отдельного человека и принести пользу многим».

Сутяжническая деятельность, или кверулянтство - это желание жаловаться в различные инстанции и по любому поводу.

Кверулянт - это человек с болезненным чувством справедливости, желающий «всех вывести на чистую воду», добиться правды во всем (даже в мелочах), но применяющий при этом чрезмерные, неадекватные меры.

К примеру, кверулянт способен долгие годы забрасывать письмами Кабинет Министров или Президента с сообщением о плохом освещении в его подъезде или мусоре, который несколько дней не убирался с проезжей части дороги, проходящей под его окнами. Кверулянт любые жалобы облачает в письменную форму и отправляет их в высокие инстанции с припиской, что местное начальство на них не реагирует.

К сверхценным психологическим увлечениям относятся также **расстройства влечений**, которые по сути есть тоже сверхценности. К ним традиционно относят: kleптоманию, пироманию, дромоманию и дипсоманию.

Клептомания характеризуется труднопреодолимым стремлением индивида совершать кражи. Мотивом kleптомании не является приобретение каких-либо ценностей, самооценностью здесь становится сам процесс воровства и связанный с ним риск.

Пиромания, дромомания и дипсомания - это все непреодолимые влечения: в первом случае - к совершению поджогов; во втором - к бродяжничеству; в третьем - к запоям.

Навязчивые ритуалы - это разнообразные, труднопреодолимые двигательные акты, выполняемые вопреки воле и внутреннему сопротивлению индивида. Они являются своеобразной защитой от невротических симптомов (тревога, страх, беспокойство и др.). Наиболее частыми формами ритуалов *при нозофобиях* (навязчивом страхе заболеть какой-либо болезнью) являются такие ритуалы, как мытье рук, дезинфицирование посуды, ношение специальных масок, резиновых перчаток, очков; *при тревоге* по поводу предполагаемых несчастий - ритуал ношения сумки пряжкой внутрь или наружу, запрет наступать на трещины в асфальте. *При невротических и шизофренических расстройствах* ритуалы приобретают причудливую форму, например, «при выходе из дома трижды открывать и закрывать дверь, чтобы не попасть под машину», «топнуть сначала пяткой правой ноги, затем стукнуть носком левой ноги о землю для того, чтобы избежать встречи с недоброжелателем», «выйти из троллейбуса через переднюю дверь, чтобы затем не столкнуться родную мать под машину». Девиантное поведение *при расстройстве влечений* может проявляться специфическими двигательными привычками (патологическими привычными действиями): *яктацией* (раскачиванием головой или всем туловищем), *онихофагией* (обкусыванием или жеванием ногтей), *сосанием пальца, ковырянием в носу, манерным щелчком пальцем, накручиванием волос и др.*

4.6.

Характерологические и патохарактерологические реакции

По мнению А. Е. Личко, патологическая реакция отличается от нормальной следующими параметрами:

1) склонностью к генерализации, т. е. способностью возникать в самых различных ситуациях и вызываться самыми различными, в том числе неадекватными, поводами;

2) склонностью приобретать свойство патологического стереотипа, повторяя, как клише, по разным поводам один и тот же поступок;

3) склонностью превышать «потолок» нарушения поведе

ния, никогда не превышаемый той группой, к которой он при
надлежит;

4) склонностью приводить к социальной
дезадаптации.

Описаны следующие типы реакций: *отказа,*
оппозиции,

имитации, компенсации, гиперкомпенсации,
эмансипации, группирования и др.

Реакция отказа проявляется отсутствием или снижением стремления к контактам с окружающими. Такие люди отличаются малообщительностью, страхом перед новым, стремлением к уединению. Реакция отказа часто возникает у детей при отрыве их от родителей, привычной обстановки.

Реакция оппозиции разделяется на *активную* и *пассивную оппозицию*. Активная характеризуется *норочитой* грубостью, непослушанием, неподчинением, вызывающим поведением и эпатажем окружающих и «виновников» реакции. Она может сопровождаться агрессивными действиями в виде физического воздействия, нецензурной брани, угроз и иных вербальных проявлений агрессии. Пассивная проявляется негативизмом, мутизм-ом, отказом от выполнения требований и поручений, замкнутостью при отсутствии агрессивных действий.

Реакции имитации характеризуются стремлением во всем подражать определенному лицу или образу. Чаще всего в качестве идеала для подражания выбирают авторитетного или известного человека, литературного героя.

Реакция компенсации отражается в стремлении скрыть или восполнить собственную несостоятельность в одной области деятельности успехом в другой. Известным фактом является более высокий средний уровень интеллектуального развития детей, страдающих какими-либо незначительными недугами или имеющими дефекты.

Реакция гиперкомпенсации проявляется в стремлении добиться высших результатов именно в той области, где человек оказался несостоятельным.

Реакция эмансипации проявляется как потребность в независимости и самостоятельности, отказ от опеки, протест против установленных правил и порядков. У взрослых она может проявляться в виде приобщения к движению за права национальных или сексуальных меньшинств, феминисток, борющихся за равноправие мужчин и женщин и т. д.

Реакция группирования носит часто

инстинктивный характер, однако она возможна и на основе психологических факторов, в частности, **в** группе человек ищет понимания, защиты, разделения или снятия ответственности и пр.

4.7. Коммуникативные девиации

Наиболее известными коммуникативными девиациями считаются такие, как *аутистическое поведение (выбор одиночества, аскетизма), конформное поведение, гиперобщительность, вербальное поведение с преобладанием псевдологии и др.*

Аутистическое поведение характеризуется в первую очередь уходом в мир фантазий, отказом от общения и выбором одиночества.

Различают собственно одиночество и аутизм. Собственно одиночество воспринимается как вынужденное и *сопровождается негативными переживаниями по поводу изоляции*, отсутствия контактов. При аутизме одиночество принимается безоце-иочно и безэмоционально как данность.

Противоположностью аутистического поведения выступает *гиперобщительность*, характеризующаяся повышенной потребностью в общении, желанием разговаривать и взаимодействовать со многими партнерами **в** течение максимально возможного времени. Гиперобщительность сопряжена с болтливостью, отсутствием избирательности в контактах, беспечностью, безответственностью, необязательностью, отсутствием желания слушать собеседника.

231

Конформистское поведение проявляется в склонности приспособливаться к любому окружению, к любым точкам зрения. Конформист - это человек без индивидуальности. Основная его способность - быть «как все», не проявлять никаких реакций, которые могли бы отличать его от других. Конформизм есть полная подчиняемость без внутренней борьбы.

Псевдологией называют поведение, при котором человек осознанно и часто использует ложные (неправдивые) высказывания не ради получения какой-либо выгоды, а с целью привлечения к собственной персоне внимания или для провоцирования окружающих. Псевдологическое поведение носит аддиктивный или патохарактерологический характер. Выгода заключается в изменении своего психологического состояния (удовлетворения от признания и привлечения внимания, радости от введения в заблуждение или запутывания собеседника, успокоения от причинения партнеру вреда).

В сфере коммуникативных девиаций выделяется

и такой феномен, как **елейность поведения**. Под елейностью понимают *слащавость, умильность и угодливость* в обращении с окружающими, которая воспринимается как неестественная и нарочитая, тем более что за подобным внешним поведением редко стоят истинные чувства и эмпатия. Данный тип девиантного поведения встречается при эпилептических изменениях личности, а также в рамках эпилептоидных черт характера.

4.8. Безнравственное, аморальное и неэстетическое поведение

Безнравственным называют всякое отклоняющееся поведение в виде действий, противоречащих нравственным нормам.

Аморальное поведение - это безнравственное девиантное поведение, которое оценивается личностью как безнравственное.

Примерами безнравственного поведения являются: алчность, гордыня, чревоугодие, прелюбодеяние (похоть), тщеславие, зависть и др.

232

Центральным пунктом *неэстетического девиантного поведения* является отсутствие ориентации человека (в питании, действиях, одежде, высказываниях) на такие понятия, как *красота, гармония, вкус*.

В клинике неэстетичное поведение проявляется неаккуратностью, неопрятностью, нечистоплотностью, отсутствием хороших манер при еде и в общении.

Библиографический список

1. Антонян Ю. М., Бородин С. В. Преступность и психические аномалии. М., 1987. 208 с.
2. Антонян Ю. М., Гульдан Ет. В. Криминальная патопсихология. М., 1991. 248 с.
3. Балабанова Л. М. Судебная патопсихология. М., 1998, 432 с.
4. Братусь Б. С. Аномалии личности. М., 1988 301 с.
5. Братусь Б. С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М., 1984. 144 с.
6. Гурьева В. А., Семке О. Е., Гиндикин В. Я. Психопатология подросткового возраста. Томск, 1994.

- 310 с.
7. Имелинский К. Сексология и сексопатология. М., 1986. 424 с.
 8. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия. М., 1986. 176 с.
 9. Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе. Новосибирск, 1990. 224 с.
 10. Лабиринты одиночества. М., 1989. 624 с.
 11. Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, 1981. 392 с.
 12. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. М., 1985. 416 с.
 13. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. Л., 1991. 304 с.
 14. Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных. М., 1995. 256 с.

233

15. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. М., 1998.
16. Петровский В. А. Психология неадаптивной активности. М., 1992. 224 с.
17. Платонов К. К. Структура и развитие личности. М., 1986. 256 с.
18. Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков. Патопсихология. М.-Воронеж, 1996. 128 с.
19. Ткаченко А. А. Аномальное сексуальное поведение. М., 1997. 426 с.
20. Трегубов Л. З., Вагин Ю. Р. Эстетика самоубийства. Пермь, 1993. 268 с.
21. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М., 1994. 447 с.

Раздел III

СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ*

1. Планы проведения и списки литературы

Семинар № 1. ИСТОРИЯ ЗАРОЖДЕНИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Вопросы для обсуждения

1. Связь истории клинической психологии с развитием психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии.
2. Первые экспериментально-психологические лаборатории в России. Роль И. М. Сеченова, В. М. Бехтерева, С. С. Корсакова, И. А. Сикорского и др. в становлении отечественной клинической психологии.

Библиографический список

1. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. М., 1980.
2. Гиляровский В. А. Психиатрия. М., 1954.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1986.
4. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. Л., 1982.
5. Лебединский М. С, Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1966.
6. Снежневский А. В. Общая психопатология. Валдай, 1970.

* Раздел написан в соавторстве с И. В. Ларионовой.

2.35

Семинар № 2. ПРЕДМЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ

ПСИХОЛОГИИ Вопросы для обсуждения

1. Клиническая психология и ее связь с медицинской психологией. Различные подходы к предмету клинической

- психологии.
2. Основные разделы клинической психологии (патопсихология, нейропсихология, психосоматика, психология аномального онтогенетического развития).

Библиографический список

1. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Практическая патопсихология. Ростов н/Д, 1996.
2. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. М., 1983.
3. Поляков Ю. Ф. Здравоохранение и задачи медицинской психологии // Психологический журнал. 1984. № 2.
1. Проблемы медицинской психологии. М., 1976.

Семинар №3. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Вопросы для обсуждения

1. Исследование строения различных форм психической деятельности (восприятия, памяти, мышления, речи, личности).
2. Проблема соотношения психического и соматического.
3. Мозг и психика.

Библиографический список

1. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1986.
2. Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980.

236

3. Лурия А. Р. Мозг и психические процессы: В 2 т. М., 1970. Т. 2.
4. Оганесян Л. А. О взаимоотношениях между психической и соматической сферами. М., 1961.
3. Хомская Е. Д. Нейропсихология. М., 1987.

Семинар №4. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Вопросы для обсуждения

1. Соотношение биологического и социального в развитии психики.
2. Проблема распада и развития психики.

Библиографический список

1. Братусь Б. С. Аномалии личности. М., 1988.
2. Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1986.
4. Зейгарник Б. В., Братусь В.С. Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980.
5. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
6. Чижевский А. П. Космический пульс жизни. М., 1995.

Семинар № 5. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Вопросы для обсуждения

1. Клинико-психологическая диагностика. Типы диагностических задач.
2. Клинико-психологические формы воздействия.

237

Библиографический список

1. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Практическая патопсихология. Ростов н/Д, 1996.
2. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1986.
3. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. Л., 1985.
4. Поляков Ю. Ф., Спиваковская А. С. Место психологической коррекции в профилактике // Проблемы психопрофилактики. М., 1984.
5. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М., 1970.
6. Хомская Е. Д. Нейропсихология. М., 1987.

Семинар № 6. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Вопросы для обсуждения

1. Методологические основы отечественной клинической психологии (культурно-историческая обусловленность человеческой психики, формирование психических процессов под влиянием социальных факторов, опосредованный характер психических процессов, ведущая роль речи в их организации).
2. Понятие психического здоровья. Проблема соотношения нормы и патологии в клинической психологии.

Библиографический список

1. Братусь Б. С. Аномалии личности. М., 1988.
2. Братусь Б. С, Розовский И. Я., Цалкин В. Н. Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности. М., 1988.
3. Выготский Л. С. Основы общей дефектологии. Собр. соч.: В 6 т. М., 1983. Т. 5.

238

4. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М, 1973.
5. Хомская Е. Д. Нейропсихология. М., 1986.
6. Ясперс К, Общая психопатология. М., 1997.

Семинар № 7. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

Вопросы для обсуждения

1. Предмет и задачи нейропсихологии.
2. Теория системной динамической локализации высших-психических функций (А. Р. Лурия).

Библиографический список

1. Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Клиническая нейропсихология. М., 1988.
2. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. М., 1969.
3. Лурия А. Р. Мозг человека и психические процессы: В 2 т. М, 1970. Т. 2.
4. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М, 1973.
5. Тонконогий И. М. Введение в клиническую нейро

- психологию. Л., 1973.
6. Хомская ЕД. Нейропсихология. М., 1987.

Семинар № 8. НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

Вопросы для обсуждения

1. Основные принципы строения мозга.
Структурно-функциональная модель мозга.
2. Проблема межполушарной асимметрии мозга.

239

Библиографический список

1. Балонов Л. Я., Деглин В. Л. Слух и речь доминантного и недоминантного полушарий. Л., 1976.
2. Брагина Н. Н. Доброхотова Т. А. Функциональные асимметрии человека. М., 1988.
3. Лурия А. Р. Мозг человека и психические процессы: В 2 т. М., 1970. Т. 2.
4. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
5. Симерницкая Э. Г. Доминантность полушарий. М., 1978.
6. Хомская Е. Д. Нейропсихология. М., 1987.

Семинар № 9. ПРОБЛЕМЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Вопросы для обсуждения

1. Научные основы нейропсихологической реабилитации.
2. Принципы, задачи и методы восстановительного обучения.

Библиографический список

1. Бейн Э. С. Афазия и пути ее преодоления. М., 1964.
1. Лурия А. Р. Восстановление функций после военной травмы. М., 1948.
2. Цветкова Л. С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М., 1972.
2. Цветкова Л. С. Мозг и интеллект. М., 1996.

3. Цветкова Л. С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 1985.

240

Семинар № 10. ПСИХОСОМАТИКА

Вопросы для обсуждения

1. Роль психических факторов в возникновении и течении соматических заболеваний.
2. Изменения личности при хронических соматических заболеваниях.

Библиографический список

1. Лебединский М. С. Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1966.
2. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания // Хрестоматия по патопсихологии. М., 1981.
3. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
4. Психические нарушения у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Под ред. В. М. Банщикова. М., 1959.
5. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М., 1986.
6. Целебеев Б. А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. М., 1972.

Семинар № 11. ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Вопросы для обсуждения

1. Предмет патопсихологии. Разграничение предмета патопсихологии и психопатологии.
2. Принципы построения экспериментальных методов патопсихологии.
3. Понятие синдрома в патопсихологии.

Библиографический список

1. Бехтерев В. М. Объективная психология. М., 1907.
2. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. М., 1980.
3. Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.
4. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1986.
5. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
6. Снежневский А. В. Общая психопатология. Валдай, 1970.

**Семинар №12. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ПРОБЛЕМЫ ДИ-ЗОНТОГЕНЕЗА**

Вопросы для обсуждения

1. Понятие дизонтогении. Этиология и патогенез дизонтогений.
2. Классификация дизонтогении.

Библиографический список

1. Выготский Л. С. Основы общей дефектологии. Собр. соч.: В 6 т. М., 1983. Т. 5.
2. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985.
3. Лебединский В. В., Никольская О. С. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М, 1990.
4. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера детей и подростков. Л., 1983.
5. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1970.

Семинар № 13. НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Вопросы для обсуждения

1. Категория сознания в психологии и медицине. Виды

- нарушений сознания при различных психических заболеваниях.
2. Нарушения сознания в неврологической и соматической клиниках.

Библиографический список

1. Лебединский М. С, Мясичев В. Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1966.
2. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1986.
3. Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А. Функциональные асимметрии мозга человека. М., 1988.
4. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
5. Целебеев Б. А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. М., 1972.
6. Снежневский А. В. Общая психопатология. Валдай, 1970.
7. Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.

Семинар № 14. НАРУШЕНИЯ

ВОСПРИЯТИЯ *Вопросы для обсуждения*

1. Виды нарушений восприятия в клинике психических расстройств.
2. Проблема агнозий.

Библиографический список

1. Гиляровский В. А. Психиатрия. М., 1954.
2. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1986.
3. Кок Е. Л. Зрительные агнозии. Л., 1967.
- 243
4. Лебединский М. С, Мясичев В. Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1966.
5. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
6. Хомская Е. Д. Нейропсихология. М., 1987.
7. Ясперс К. Основы психопатологии. М., 1997.
8. Ясперс К. Собр. соч. по психопатологии: В 3 т. М., 1996. Т. 1.

Семинар № 15. ПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ

Вопросы для обсуждения

1. Амнезии. Нарушения непосредственной и опосредованной памяти при различных психических заболеваниях.
2. Нарушения памяти в клинике локальных поражений мозга.

Библиографический список

1. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1986.
2. Киященко Н. К. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. М., 1973.
3. Лебединский М. С, Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1966.
4. Лурия А. Р. Нейропсихология памяти. М., 1974. Т. 1,2.
5. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
6. Хомская Е. Л. Нейропсихология. М., 1987.

Семинар №16. ПАТОЛОГИЯ

МЫШЛЕНИЯ Вопросы для

обсуждения

1. Феноменология нарушений мышления. Синдромы нарушения мыслительной деятельности (Б. В. Зейгарник).

244

2. Нарушения мышления в клинике локальных поражений мозга.

Библиографический список

1. Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.
2. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1986.
3. Лобные доли и регуляция высших психических функций. М., 1966.
4. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
5. Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1973.
6. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики в патопсихологии. М., 1970.
7. Хомская Е. Д. Нейропсихология. М., 1987.

Семинар №17. НАРУШЕНИЯ

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ

Вопросы для обсуждения

1. Психологические и клинические понятия личности. На рушения мотивационно-личностной сферы.
2. Мозговая организация эмоций.
3. Психогенные нарушения (неврозы, реактивные психозы),
4. Психопатии. Классификация психопатий.

Библиографический список

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1993.
2. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988.
3. Блейхер В. М., Крук И. В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986.

245

4. Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А. Функциональные асимметрии мозга человека. М., 1988.
5. Братусь Б. С. Аномалии личности. М., 1988.
6. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. М.: Медицина, 1964.
7. Гиляровский В. Л. Избранные труды. М.: Медицина, 1973.
8. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1986.
9. Зейгарник Б. В., Братусь В. С. Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980.
10. Кербиков О. В. Избранные труды. М.: Медицина, 1971.
11. Лакошина Н. Д. Клинические варианты невротического развития. М., 1970.
12. Леонгард К. Акцентуированные личности. М., 1989.
13. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983.
14. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
15. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1987.
16. Фрейд З. Введение в психоанализ. М., 1989.
17. Хомская Е. Д. Нейропсихология. М., 1987.
18. Хомская Е. Д., Батова Н. П. Мозг и эмоции. М., 1992.

Семинар № 18. НАРУШЕНИЯ РЕЧИ

Вопросы для обсуждения

1. Феноменология изменения речевой деятельности при психических расстройствах.
2. Проблема афазий.

Библиографический список

1. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. Л., 1982.

246

2. Лебединский М. С., Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1966.
3. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. М., 1969.
2. Хомская Е. Д. Нейропсихология. М., 1987.
4. Цветкова Л. С. Восстановительное обучение больных с локальными поражениями мозга. М., 1972.
5. Цветкова Л. С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 1985.

2. Методические разработки

ИСТОРИЯ ЗАРОЖДЕНИЯ, ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ, ЕЕ СВЯЗЬ С ДРУГИМИ НАУКАМИ

Вопросы для обсуждения

1. История зарождения и становления клинической психологии. Первые экспериментально-психологические лаборатории в России. Связь истории клинической психологии с развитием психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии.
2. Клиническая психология и ее связь с медицинской психологией. Предмет и задачи клинической психологии. Основные и специальные разделы клинической психологии.
3. Экспериментально-психологические и клинические методы исследования психической деятельности человека.

Библиографический список: 3, 5, 20, 23, 34, 35, 38, 42, 44, 46, 52, 54.

Рекомендации по подготовке к занятиям 1 вопрос

Поэтапно проследите господствовавшее в научном сознании понимание природы психики и психических болезней. Ука-

247

жите вклад выдающихся деятелей каждой эпохи в развитие клинической психологии.

1. Этап зарождения:

а) эпоха древнего мира (Алкмеон, Гиппократ, Демокрит, Аристотель, Гален и др.);

б) эпоха средних веков (Фома Аквинский, Аверроэс как истолкователь Аристотеля, Авиценна и др.);

в) эпоха Возрождения (Plater, Lerua, Van Gelmont и др.);

г) XVII-XVIII вв. (Сильвий, Pinel и др.).

2. Этап становления:

конец XIX - начало XX в. (Ч. Дарвин, И. М. Сеченов,

В. М. Бехтерев, А. Ф. Лазурский, Э. Кречмер, И. П. Павлов,

С. С. Корсаков, А. А. Токарский, А. И. Сербский, Г. И. Россолимо,

А. Н. Бернштейн, В. А. Гиляровский, И. А. Сикорский, Л. С. Выгот

ский и др.).

Характеризуя эпоху становления клинической психологии как самостоятельной отрасли знаний, особенно следует отметить деятельность первых экспериментально-психологических лабораторий в России; значение доклада Л. С. Выготского «Современная психология и марксизм» на I психоневрологическом съезде в Москве, проследив тем самым связь клинической психологии с психиатрией, неврологией и экспериментальной психологией.

2 вопрос

Разграничьте понятия «клиническая» и «медицинская психология». Покажите с привлечением исторических фактов, что вначале клиническая психология изучала отклонения от интеллектуального и личностного развития, а впоследствии сфера ее интересов расширилась за счет изучения психического состояния лиц с соматическими заболеваниями (современный взгляд). Назовите причины подмены в 50-60 гг. XX в. медицинской психологии патопсихологией.

Определите предмет клинической психологии с 2-х позиций: научно-исследовательской и

прикладной. Выделите основные задачи клинической психологии. Охарактеризуйте основные и специальные разделы клинической психологии по плану:

248

предмет изучения, задачи, видные представители. Основные разделы: патопсихология, нейропсихология, психосоматика, психология аномального онтогенетического развития, психотерапия. Специальные разделы: возрастная клиническая психология и семейная клиническая психология.

3 вопрос

Охарактеризуйте основные экспериментально-психологические и клинические методы: патопсихологический эксперимент, психодиагностическое обследование, клинико-психологи-ческая беседа, наблюдение, изучение историй болезней и др.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. О каком принципе изучения человеческой психики говорил В. М. Бехтерев: «Личность больного и ее отношение к эксперименту ничуть не оставляется экспериментатором без внимания... Все, что может дать объективное наблюдение за больным, начиная с мимики и кончая заявлениями и поведением больного, должно быть принято во внимание»?
2. Назовите сторонников идеи сближения психологии и психиатрии.
3. Где появились первые экспериментально-психологические лаборатории в России?
4. Чем отличаются экспериментально-психологические методы исследования психической деятельности человека от клинических методов?
5. Прочитайте высказывание видного современного ученого в области медико-социальной реабилитологии, доктора медицинских наук, профессора А. Л. Гройсмана и сформулируйте на его основе прикладные задачи клинической психологии:
«Клиническая психология позволяет разработать принципы и методы психиатрической помощи, исходя из задач психопрофилактики, обслуживания «пограничных» контингентов, поста

новки предупредительного лечения, обеспечения ранней диагностики и выявления инициальных стадий заболевания, способствуя организации закрепляющего и предупреждающего рецидивы лечения (организация «вторичной» и «третичной» психо-

249

профилактики и психогигиенического режима как внутри больниц, так и в амбулаторных условиях)».

Примерные темы докладов

1. Характеристика психической деятельности человека (См. статью: Соколова Е. Т. К определению понятия «психическая деятельность» // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1998. №4. С. 3-13).

2. Нужно ли психологу знать психиатрию? (См.: Личко А. Е. Глазами психиатра. М., 1967).

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ
И ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Вопросы для обсуждения

1. Методологические основы отечественной клинической психологии.

2. Теоретические задачи клинической психологии:

а) проблема соотношения психического и соматического;

б) проблема разграничения психологических феноменов (психической нормы) и психопатологических симптомов (патологии);

в) социальные и биологические составляющие нормального и аномального развития психики;

г) проблема распада и развития психики.

Библиографический список: 8, 9, 13, 14, 19, 20, 21, 32, 33, 38, 41, 62, 68.

Рекомендации по подготовке к занятиям 1 вопрос

Раскройте сущность исходных положений отечественной клинической психологии: культурно-исторической обусловленности человеческой психики, единства наследственных и

альных моментов в психическом развитии, формирования высших психических функций (ВПФ) под влиянием социальных факторов, опосредованного характера психических процессов, ведущей роли речи в их организации. Определите вклад Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, С. Л. Рубинштейна и др. отечественных психологов в разработку методологических основ клинической психологии. Дайте определение ВПФ.

2 вопрос

На основе определения предмета научного исследования клинической психологии обозначьте ее основные теоретические задачи (проблемы) и укажите значение разработки каждой из них для изучения закономерностей нарушений и восстановления психической деятельности человека.

Охарактеризуйте современные подходы к решению проблем с учетом: а) взаимосвязи психических и телесных процессов; б) соотношения нормы и патологии; в) влияния биологического и социального на развитие психики; г) распада и развития психического.

При рассмотрении первой проблемы разграничьте влияние психики на соматику, и наоборот, соматики на психику.

Во второй проблеме:

а) укажите особенности феноменологического подхода в психологии и психиатрии (К. Ясперс) и ведущих диагностических принципов-альтернатив многомерного оценивания психического состояния человека (болезнь-личность, нозос-патос, реакция-состояние-развитие, психотическое-непсихотическое, экзогенное-эндогенное-психогенное, дефект-выздоровление-хронификация, адаптация-дезадаптация, компенсация-декомпенсация, негативное-позитивное);

б) выделите основные принципы разграничения нормы и патологии (принцип Курта Шнайдера, принцип «презумпции психической нормальности», принцип понимания, принцип «эпохе», принцип беспристрастности и точности описания, принцип контекстуальности).

Изложите суть третьей проблемы с указанием предпосылок ее возникновения, а именно: противостояния биологизаторского

и социологизаторского направлений в исследовании нормального психического развития человека; введения В. Штерном принципа конвергенции 2-х факторов; взглядов Л. С.

Выготского. Охарактеризуйте основные подходы к решению обозначенной проблемы (эволюционный, революционный, функциональный, вероятностный (стохастический). Разграничьте соотношение биологических и социальных моментов в развитии психики в норме и патологии.

Покажите, что психическое развитие представляет собой ряд необратимых изменений психики, то есть регресс психической деятельности, наблюдающийся при ряде психических заболеваний, не является последовательным возвращением больного на пройденные им ранее этапы, уровни или стадии развития. Распад психики происходит по своим особым внутренним закономерностям: вначале распадаются более поздно созревающие (в фило- и онтогенетическом отношении) мозговые структуры, а затем более ранние. Подтвердите фактами, что развитие в психологии - это процесс появления качественных новообразований, влияющих на последующие стадии функционирования психики и основанных на единстве прогрессивных и регрессивных сил, соотношение которых на различных этапах жизни человека меняется. Охарактеризуйте основные свойства развития: необратимость, направленность и закономерность.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Как вы понимаете, что психическое развитие не определяется механическим сложением наследственных и социальных факторов, а является результатом их сложного динамического сочетания?

2. В рамках какой проблемы будет уместным вспомнить закон Э. Геккеля, сформулированный им в XIX в.: «Онтогенез представляет собой сокращенное повторение филогенеза»?

3. Назовите принцип, по которому следует судить о норме или патологии, наблюдая следующие факты:

- у человека печальное, скорбное выражение лица даже при встрече после долгой разлуки с любимым человеком;

252

- у человека, находящегося в больничной палате, печальное, скорбное выражение лица.

В каком случае можно говорить о нормальной реакции человека?

4. В XVII в. анатом Сильвий (1614-1670) выдвинул фор

мулу: «Кто не умеет лечить болезни ума, тот не врач». Какая

проблема клинической психологии отражена в этих

словах?

5. Какое значение для коррекционно-компенсирующего обучения имеет заключение Л. С. Выготского о том, что развитие психики аномальных детей подчиняется тем же основным закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормального ребенка?

Примерные темы докладов

1. Характеристика биогенетического подхода в исследовании развития человеческой психики (теории рекапитуляции и психоанализа).

2. Концепция Э. Эриксона в объяснении природы психического развития (социогенетическая теория).

3. Особенности когнитивных теорий (концепция Ж. Пиаже).

1. Персоногенетический подход.

2. Экологическая модель развития.

(По кн.: Психология человека от рождения до смерти / Под ред. А. А. Реана. СПб., 2002).

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Вопросы для обсуждения

1. Виды психологической помощи: психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия.

2. Клинико-психологическая диагностика. Типы диагностических задач.

Библиографический список: 4, 5, 20, 26, 38, 39, 52, 59, 62.

253

Рекомендации по подготовке к занятиям 1 вопрос

Определяя прикладное значение клинической психологии, постарайтесь сформулировать цель, основные задачи и направления оказания психологической помощи населению. Выделите ключевые слова. Сопоставьте Ваше понимание и нижеследующее определение: «Под психологической помощью понимается предоставление человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления психологических феноменов или психопатологических симптомов и синдромов, а

также активное, целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, купированию психопатологической симптоматики и реконструкции личности для формирования фрустрационной толерантности, стрессо- и невротическо-устойчивости» [38].

Охарактеризуйте 3 вида психологической помощи (психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия) по схеме: цель воздействия, предмет, объект воздействия, способ, позиция клиента.

Дайте определения 4 способам психологического взаимодействия: психологическому воздействию, манипулированию, управлению собеседником, формированию у него определенных качеств.

Составьте примерный план работы клинического психолога с обследуемым.

Раскройте понятия:

а) *психологическое консультирование* и основные его способы: рациональная психотерапия, логотерапия, позитивная психотерапия, когнитивная терапия, рационально-эмотивная психотерапия, психотерапия «здоровым смыслом»;

б) *психологическая коррекция* и виды тренингов (аутотренинг, поведенческая терапия, НЛП, психодрама, транзактный анализ);

254

в) *психотерапия* и ее основные методы: суггестивные, психоаналитические, поведенческие, феноменологически-гуманистические.

2 вопрос

Разграничьте понятия: синдромально-психологическая, психологическая и дифференциальная диагностика.

Определите роль и место клинико-психологической диагностики личности обследуемого в оказании ему психологической помощи. На каких этапах работы с клиентом (пациентом) она (диагностика) необходима и с какой целью проводится?

Раскройте содержание основных типов диагностических задач:

1) клинико-психологическая диагностика в психиатрической клинике;

2) топическая психодиагностика в клинике локальных поражений мозга и нейрохирургии;

3) диагностика групп повышенного риска психосоматических, нервно-психических заболеваний и пограничных расстройств;

4) функциональная диагностика для оценки динамики психического состояния, терапевтического эффекта медикаментозного лечения и т. д.;

5) диагностика уровня психического и умственного развития детей при разных аномалиях психического развития;

6) диагностика в целях психологической коррекции.

Охарактеризуйте функции клинического психолога во врачебно-трудовой, судебно-психиатрической, военно-медицинской и психолого-педагогической экспертизе.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. К какому типу диагностических задач можно отнести комплексное обследование психических процессов, личностных особенностей, эмоционально-волевой сферы у больных с различной психической патологией?

255

2. Какой вид психологической помощи оказывает психолог, управляя ролевым поведением своих пациентов в случаях активной и пассивной их позиции?

3. Порассуждайте над проблемой возрастных и индивидуальных ограничений в применении аутотренинга.

4. Как Вы понимаете утверждение, согласно которому клинико-психологическая характеристика внутренней картины болезни является основой для выявления показаний и противопоказаний относительно конкретных методов психотерапии? Познакомьтесь с работой А. Р. Лурия «Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания».

6. Почему практикующему клиническому психологу не следует увлекаться психодиагностикой?

Примерные темы докладов

1. Психологическая служба в системе здравоохранения [17,

18,25].

2. Обзор работы А. Р. Лурия «Внутренняя картина болезней и язвенные заболевания» [36].

НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ И ПРОБЛЕМЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

Вопросы для обсуждения

1. Мозг и психика. Эволюция взглядов на проблему мозга
локализации психических функций.

2. Предмет и задачи нейропсихологии. Роль А. Р. Лурия в становлении нейропсихологии в нашей стране.

3. Теория системной динамической локализации высших психических функций.

4. Основные принципы строения мозга. Структурно-функциональная модель мозга.

5. Проблема межполушарной асимметрии мозга.

6. Научные основы нейропсихологической реабилитации.

Принципы, задачи, пути и методы восстановительного обучения.

Библиографический список: 6, 11, 31, 32, 33, 62, 63, 66, 67.

256

Рекомендации по подготовке к занятиям

1 вопрос

Проследите историю проблемы мозговой локализации психических функций и выделите ключевые идеи узкого локализационизма, антилокализационизма, эклектических концепций.

2 вопрос

Назовите предмет и задачи нейропсихологии как раздела клинической психологии, возникшего на стыке психологии, неврологии и нейрохирургии. Подчеркните роль А. Р. Лурия в становлении нового направления в отечественной клинической психологии.

3 вопрос

Дайте характеристику современному представлению о мозговой локализации ВПФ как функциональных систем, характеризующихся сложным, системным, многоуровневым и многозвеньевым строением, пластичностью, прижизненным формированием, общественно-историческим характером, опосредованностью, произвольностью и саморегуляцией.

Отметьте особенности работы мозга как целого образования, высокодифференцированные части которого выполняют свою специфическую роль в

структуре организации психических функций.

Рассмотрите принцип динамической локализации психических функций в головном мозге, сформулированный И. П. Павловым и А. А. Ухтомским. Раскройте сущность системного подхода к анализу ВПФ (по А. Р. Лурия). Как вы понимаете, что анализ нарушений ВПФ требует квалификации дефекта, а не его описания, т. е. предполагает выделения «фактора», механизма, лежащего в основе нарушения психической функции?

4 вопрос

Рассмотрите основные принципы строения мозга:

- 1) принцип участия низших нервных уровней головного мозга в работе коры больших полушарий;
- 2) принцип вертикального строения;
- 3) принцип горизонтального строения функциональных систем мозга;

257

- 4) принцип неравномерного распределения отдельных слоев коры головного мозга.

Изучите концепцию А. Р. Лурия о 3 основных функциональных блоках мозга и 3 надстроенных друг над другом корковых зон в каждом из них.

5 вопрос

Конкретизируйте проблему в вопросы моторной, сенсорной и психической асимметрии.

6 вопрос

Дайте характеристику современным направлениям в проблеме реабилитации:

- 1) восстановлению у больных нарушенных функций;
- 2) системе различных мероприятий (медицинских, психологических, социальных), направленных не только на компенсацию имеющегося дефекта, но и на его предупреждение;

Выделите условия проведения нейропсихологической реабилитации (НПР) и на их основе сформулируйте задачи восстановительного обучения.

Раскройте содержание психофизиологических, психологических и психолого-педагогических принципов восстановительного обучения.

Рассмотрите следующие направления восстановительного обучения:

- 1) нарушенное звено функциональной системы, лежащее в основе дефекта, замещается другим;
- 2) создание новых функциональных систем, включающих в работу новые звенья, не принимавшие прежде

прямого участия
в реализации нарушенной функции.

Изучите 2 группы методов НПР:

1) методы, направленные на восстановление
нарушенных
ВПФ;

2) методы, направленные на восстановление
личного и социального статуса больного путем апелляции к его личности, к окружающей среде, к общению с окружающими, к различным видам деятельности.

258

Вопросы и задания для самоконтроля

1) В чем прослеживается связь
нейропсихологии с общей
психологической теорией деятельности?
Подтвердите эту мысль
одной из задач восстановительного обучения.

2) В чем сущность перестройки
функциональных систем
как главного пути НПР?

3) Что значит НПР имеет целью восстановить
психические
функции, а не приспособить человека к дефекту?

4) Кто такие амбидекстры?

5) Прокомментируйте высказывание А. Р.

Лурия: «Социальное не просто взаимодействует с биологическим; оно образует новые функциональные системы, используя биологические механизмы, обеспечивая их новые формы работы, и именно в формировании таких «функциональных новообразований» лежит факт появления высших форм сознательной деятельности, которые появляются на границе естественного и общественного».

Примерные темы докладов

1) Александр Романович Лурия как мастер науки [7].

2) Воспоминания учеников А. Р. Лурия о своем Учителе
(по материалам журнала: Вопросы психологии. 2002. № 4).

ПАТОПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОСОМАТИКА

Вопросы для обсуждения

1. Предмет патопсихологии. Разграничение

предмета патопсихологии и психопатологии. Роль Б. В. Зейгарник в становлении патопсихологии.

2. Принципы построения экспериментальных методов патопсихологии.

1. Понятие симптома и синдрома в патопсихологии.

3. Понятие о психосоматических расстройствах, их причины и виды. Преморбидная личность и болезнь.

4. Психосоматические расстройства у детей раннего возраста, дошкольника, младшего школьника и у подростков.

259

6. Типы субъективного отношения к болезни. Изменения личности при хронических соматических заболеваниях.

Библиографический список: 2, 3, 19, 20, 22, 36, 40, 51, 54, 60, 66.

Рекомендации по подготовке к занятиям

1 вопрос

Проведите сопоставительный анализ патопсихологии и психопатологии как самостоятельных отраслей знаний по схеме: 1) раздел науки, 2) объект изучения, 3) предмет научного и прикладного исследований, 4) понятийно-категориальный аппарат, 5) цель и основные задачи, 6) методы исследования, 7) видные представители.

2 вопрос

Дайте характеристику следующим принципам построения экспериментальных методов патопсихологии:

— принципу моделирования обычной психической деятельности;

— направленности на исследование измененного протекания (структуры) психических процессов;

— направленности на анализ определенных видов патологии психики;

— комплексности экспериментального исследования;

— индивидуальному подбору комплекса методик;

— принципу качественного анализа особенностей протекания психической деятельности больного;

— принципу варьирования условий эксперимента.

3вопрос

Определите достоинства и недостатки объективного и субъективного методов патопсихологического обследования больного. Соотнесите понятия «симптом» и «синдром» болезни. Приведите примеры, когда синдром характеризует всю картину заболевания, а симптомы лишь детализируют эту картину (например, фобический, астенический, психовегетативный синдром и др.).

260

4вопрос

Как Вы понимаете утверждение, согласно которому психосоматическое расстройство - это биопсихосоциальное заболевание. Назовите психические факторы, играющие первостепенное значение в возникновении новых и обострении старых соматических заболеваний. Выделите признаки психосоматических расстройств.

Коротко охарактеризуйте следующие виды психосоматических расстройств:

1. Органические (например, нарушение дыхательной, эндокринной, костно-мышечной системы, кожные, глазные болезни и др.);

2. Функциональные (функциональные сердцебиения, невроз сердца, изменения частоты и глубины дыхания и др.).

Известно, что общие тенденции формирования психосоматических расстройств определяются преморбидным состоянием больного. Дайте определение понятию «преморбид». Рассмотрите реакции на соматическую болезнь трех групп лиц: а) психически больных; б) психопатических личностей; в) психически здоровых.

У какой группы людей болезни внутренних органов только усиливают их преморбидное состояние? Какая группа отреагирует на болезнь индивидуально в зависимости от ведущей причины (соматогенной - психогенной)? Какая группа будет менее критично оценивать свою соматическую болезнь в зависимости от степени тяжести личностных аномалий?

5вопрос

Коротко охарактеризуйте следующие психосоматические расстройства: а) у детей раннего возраста (невропатию, синдром раннего детского аутизма, гипердинамический синдром, синдромы страха); б) у дошкольников и младших школьников (синдром ухода и бродяжничество, синдромы патологического фантазирования); в) у подростков (синдром дисморфомании).

6вопрос

Назовите факторы, влияющие на внутреннее

отношение личности к болезни. Попробуйте их сгруппировать. Охарактери-

261

зуйте когнитивный, эмоциональный, поведенческий компоненты субъективного отношения к болезни. Выделите основные типы психологического реагирования на болезнь. Опишите личностные изменения, которые могут произойти при хронических соматических заболеваниях.

Вопросы и задания для самоконтроля

1.Согласны ли Вы с точкой зрения, согласно которой психическое возбуждение получает то или иное отражение в телесных ощущениях и процессах как в норме, так и в патологии?

Дайте ей психологическое обоснование.

2.Какие способы раскрытия ведущей причины болезненного состояния человека Вам известны?

1.Назовите признаки синдрома дисморфомании.

3.От чего зависит реакция личности на болезнь? (К примеру, один борется с болезнью, другой считает её позором, третий привыкает к ней, четвертый трагически переживает, пятый не обращает на нее внимания).

4.Как Вы понимаете утверждение о том, что всякая эмоция утомляет организм и в особенности нервную систему гораздо сильнее, чем самая напряженная умственная и физическая работа.

Примерные темы докладов

1. Характеристика патопсихологического эксперимента

Б. В. Зейгарник «Возврат к прерванному действию» (Зейгарник Б. В. Нарушение спонтанности при военных травмах лобных долей мозга // Хрестоматия по патопсихологии. М., 1981. С. 81-92).

2. Воспоминания учеников Б. В. Зейгарник о своем Учителе [57].

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Вопросы для обсуждения

1. Понятие дизонтогенеза и дизонтогений.

Психологические параметры дизонтогенеза. Этиология, патогенез и профилактика дизонтогений.

2. Проблема создания универсальной классификации дизонтогений. Виды классификаций дизонтогений по различным основаниям. Типы нарушения психического развития детей по В. В. Лебединскому.

3. Нейропсихологические исследования нарушений высших психических функций в детском возрасте.

4. Общие вопросы психодиагностики, коррекции и развития детей с отклонениями в развитии.

Библиографический список: 1, 8, 28, 29, 37.

Рекомендации по подготовке к занятиям

1 вопрос

Дайте определения дизонтогенезу и дизонтогений. Охарактеризуйте этиологию и патогенез дизонтогений, т. е. выделите биологические и социальные причины их возникновения, а также назовите факторы, от которых зависит характер протекания дизонтогений. На основе знаний этиологии и патогенеза попытайтесь определить пути профилактики непатологических и патологических дизонтогений.

2 вопрос

Раскройте сущность проблемы создания универсальной классификации психических нарушений. Рассмотрите виды психического дизонтогенеза, предложенные Г. Е. Сухаревой, Л. Каннером, Г. К. Ушаковым, В. В. Ковалевым, Я. Лутцом и др.

Подробно остановитесь на характеристике шести типов аномалий психического развития по В. В. Лебединскому: 1) недоразвитии, 2) задержанном развитии, 3) поврежденном, 4) дефицитарном, 5) искаженном и дисгармоническом развитии.

3 вопрос

Дайте характеристику исследования ВПФ по методу А. Р. Лурия.

4 вопрос

Выделите основные принципы психодиагностики. Укажите значение диагностики психического развития для решения школьных проблем. Дайте характеристику понятиям «коррекция» и «развитие» в свете проблем школьного обучения.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Порассуждайте над высказыванием Л. С. Выготского: «Человечество победит раньше или позже и слепоту, и глухоту, и слабоумие. Но гораздо раньше оно победит их в социальном и педагогическом плане, чем в плане медицинском и биологическом».

2. Одно из заданий нейропсихологического исследования младших школьников состоит в том, что экспериментатор выстукивает несложный ритм и просит ребенка его воспроизвести.

Что исследуется в данном случае:

- а) стереогноз;
- б) слухомоторные координации;
- в) кинестетический праксис;
- г) номинативная функция речи?

3. Подумайте и сформулируйте ответы на следующие вопросы:

- а) Каково значение нейропсихологического анализа школьной неуспеваемости?
- б) Как может нейропсихолог помочь преодолеть трудности школьного обучения?

4. Достаточно часто учителя начальных классов сталкиваются с тем, что одни ученики пишут в обратном направлении; другие зеркально изображают буквы, слова, цифры; третьи делают лишние элементы в буквах, персеверировать написанное. Примет ли во внимание нейропсихолог эти ошибки при обследовании школьника и оценит ли их как признаки локальной функциональной недостаточности коры больших полушарий?

5. К какому типу психического нарушения (по В. В. Лебединскому) относится следующая группа детей? Она (группа) занимает промежуточное положение между нормой и легкой степенью

умственной отсталости (дебильностью). Как правило, в дошкольном периоде эти дети ничем особенно не выделяются среди своих сверстников и поэтому обычно поступают в 1 класс общеобразовательной школы. Трудности обучения у них начинают проявляться и нарастать постепенно с увеличением сложности заданий, повышением темпа работы, необходимостью логически мыслить. Такие дети с трудом понимают, что от них требуется, не могут быстро переключаться на новый вид деятельности, плохо осваивают чтение, письмо, математику.

Примерные темы докладов

1. Потенциальные возможности психического развития нормального и аномального ребенка [61].
2. Нейропсихологический подход к исследованию психической ассиметрии [47].
3. Особенности адаптации феральных людей к социуму (о детях-маугли).

ПАТОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И МЕТОДЫ ИХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Вопросы для обсуждения

1. Нарушения ощущения, восприятия, внимания. Психологические методы их изучения.
2. Нарушения речи. Психологические методы их изучения.
3. Нарушения памяти. Психологические методы их изучения.
4. Нарушения мышления, интеллекта, сознания. Психологические методы их изучения.
5. Нарушения произвольных движений и действий. Психологические методы их изучения.

Библиографический список: 4, 5, 12, 20, 22, 24, 30, 33, 45, 48, 52, 54, 56, 62, 65, 68.

265

Рекомендации по подготовке к занятиям

При подготовке ответа на каждый вопрос придерживайтесь следующего алгоритма: обратитесь к современному пониманию данного психического процесса; изучите феноменологию его нарушений; познакомьтесь с методами экспериментально-психологического исследования. Рассмотрите феноменологию следующих нарушений:

- ощущения (гипостезию, гиперстезию, анастезию, парастезию);
- восприятия (иллюзии, галлюцинации, агнозии);
- внимания (слабость активного внимания, повышенную отвлекаемость, патологическую концентрацию внимания, персеверации);
- речи (нарушения экспрессивной речи: амимию, гипомимию, «речь иностранца», афонии, косноязычие, эхохалии, вербигерации, итерации, мутизм, «шепотную» речь, аграфию, микрографию, «писчий спазм»; афазии: моторную, сенсорную, амнестическую, семантическую; алексии: литеральную и вербальную и др.);
- памяти (амнезии, гипомнезии, гипермнезии, антеро-ретроградную амнезию, прогрессирующую амнезию, конфабуляция, псевдореминисценции, Корсаковский синдром);
- интеллекта (олигофрению -- дебильность, имбецильность, идиотию, деменцию тотальную и очаговую);
- мышления (бессвязность, разорванность, паралогичность, «остановку» мыслей, бред, амбивалентность, резонерство, патологическую обстоятельность, возбужденное и заторможенное мышление и др.);
- сознания (оглушенное, делириозное, онейроидное, сумеречное, коматозное, деперсонализацию, раздвоение личности и др.);
- произвольных движений и действий (абулию, персеверации, стереотипии, автоматизации, нарушение координации элементов автоматизированных актов, апраксии и др.).

Вопросы и задания для самоконтроля

1. К какому виду патологии движений относится следующее расстройство? Больная кататонической формой шизофрении играла на рояле. Постепенно исполнение

претерпевало ряд из
менений в выразительности, силе звука, наконец,
последовал
ряд движений рук, сходных с движениями игры на
рояле, но не
достигающих клавиш. Далее последовало полное
прекращение
всяких действий.

2. Почему полиглоты, прочтя небольшой текст и
поняв его,
иногда потом не в состоянии определить точно, на
каком языке
был написан этот текст?

3. Для какой категории психически больных
характерно за
медленное, тугоподвижное мышление, узкий круг
ассоциаций,
обилие малозначащих деталей и множество
вводных предложе
ний в высказываниях?

4. Какая патология мышления обнаруживается в
словах: «Я
должен сидеть на умывальнике, потому что
несколько архиман
дритов оставили мне наследство»? Об этом
нарушении
В. М. Блейхер писал: «Создается впечатление, что
понятия оп
ределенной категории собраны в один горшок,
перетрясены, а
затем выбрано первое попавшееся».

5. Патологию каких психических процессов
можно изучить
посредством метода пиктограмм, установления
последователь
ности событий, с помощью корректурной пробы,
методики
«10 слов», матриц Равена?

НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ

Вопросы для обсуждения

1. Клинико-психологический подход к проблеме
личности.

Эмоции и их отличие от когнитивных процессов.

Виды и функ

ции эмоций. Виды эмоциональных расстройств.

2. Психогении, их виды и формы: неврозы и
психогенные

(реактивные) психозы.

3. Психопатии. Классификация психопатий.

4. Проблема мозговой организации эмоций.

5. Экспериментально-психологические методы

исследования
личности.

Библиографический список: 2, 6, 8, 10, 20,
21, 28, 35, 56,
62, 64.

Рекомендации по подготовке к занятиям

1 вопрос

Попробуйте самостоятельно выделить отличительные признаки клинического и психологического подходов к проблеме личности. Сравните ваше представление с позицией В. Н. Мясищева.

Согласно его подходу, под личностью понимают ее отношения, уровень, психическую динамику, структурные особенности. В такой трактовке личность характеризуется с точки зрения: уровней отношения личности (идейный, конкретно-личностный, витальный), сравнительной роли общественно-коллективистических и индивидуально-эгоистических тенденций во взаимоотношениях с людьми; избирательно-положительного или отрицательного характера отношений к определенным объектам, формам деятельности.

Назовите существенные отличия эмоций от когнитивных процессов.

Охарактеризуйте функции и виды эмоций (настроение, страсть, аффект, фрустрация, стенические-астенические и др.).

Рассмотрите виды эмоциональных расстройств (депрессия, эйфория, эмоциональная лабильность, дисфория, апатия, эмоциональная амбивалентность и др.).

2 вопрос

Дайте определение психогениям (психогенным нарушениям). Охарактеризуйте виды неврозов:

- 1) неврастению или невроз истощения;
- 2) истерию;
- 3) невроз навязчивых состояний.

268

Рассмотрите классификацию реактивных психозов (психогенная депрессия, реактивный бред, истерические реактивные психозы).

3 вопрос

Назовите отличительные особенности психопатий. Дайте одну из классификаций психопатий (к примеру, астенические, возбудимые, психоастенические, истерические, шизоидные, паранойяльные психопаты, тимопаты).

4 вопрос

Проследите историю проблемы мозговой организации эмоций. Познакомьтесь с теорией «эмоционального кольца», сравните взгляды К.

Юнга и отечественных ученых на эту проблему. Подтвердите фактами положение о том, что подкорковая область является фактами центральной анатомической базой эмоций. Охарактеризуйте эмоциональные нарушения при поражении лобной, височной, гипоталамо-диэнцефальной областей мозга.

5 вопрос

Охарактеризуйте проективные методы исследования личности.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Развиваются ли эмоции человека с возрастом?
2. Что лежит в основе психогенных заболеваний?

Можно ли

внутриличностный конфликт рассматривать как фактор их возникновения?

3. Что такое эмоциональная лабильность и эмоциональная амбивалентность?

4. Опишите клиническую картину психогенного ступора.

5. Что такое пуэрилизм?

6. Что Вы знаете о профилактике психогенных расстройств?

7. Чем отличаются психопатии от психических заболеваний, неврозов, олигофрении?

Примерные темы докладов

1. Акцентуированные личности.
2. Механизмы психологической защиты.
3. Участие психолога в прогнозировании заболевания шизофренией [43].

269

ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Вопросы для обсуждения

1. Психологические основы взаимоотношений пациента и медицинского работника. Виды общения пациента и медицинского работника.

2. Характеристики психологических типов врачей. Виды конфликтов в сфере здравоохранения.

3. Деонтологический аспект деятельности клинического психолога. Личность клинического психолога.

4. Этические проблемы медицины.

Библиографический список: 15, 16, 23, 34, 38, 42, 44, 49, 50.

Рекомендации по подготовке к занятиям

1 вопрос

Рассмотрите понятие «коммуникативная компетентность» применительно к процессу взаимодействия больного и медицинского работника (врача, психолога, медицинской сестры, социального работника). Проанализируйте виды общения в сфере здравоохранения, предложенные С. И. Самыгиным и Л. Д. Столяренко. Обратите внимание на перцептивную сторону общения врача и пациента. Выделите три типа психологических установок на коммуникацию, а также основные эффекты неправильного восприятия и понимания другого человека (эффект «ореола», «последовательности», «авансирования», «проецирования на других людей собственных свойств»).

Попробуйте составить образ «идеального» врача (с позиции пациента) и «идеального» пациента (с позиции врача).

2 вопрос

Изучите психологические типы врачей (по В. А. Ташлыко-ву): сопереживающий, эмоционально-нейтральный, директивный, недирективный, сопереживающий недирективный, сопереживающий директивный, эмоционально-нейтральный недирективный, эмоционально-нейтральный директивный.

270

Рассмотрите виды и причины конфликтов в системе «медицинский работник - больной» (по Л. Коузеру). Составьте рекомендации по их коррекции и предупреждению.

3 вопрос

Попробуйте самостоятельно определить понятие «медицинская этика и деонтология».

Порассуждайте над соотношением деонтологической и утилитарной теориями морали в отечественной медицине. Как Вы понимаете ведущие принципы медицинской этики: а) принцип автономии, б) непричинения вреда, в) благодеяния, г) справедливости?

Составьте образ «идеального» клинического психолога, выделив его моральные, эстетические, интеллектуальные качества.

4 вопрос

Раскройте сущность некоторых этических проблем медицины: конфиденциальности, эвтаназии, патернализма, «реконструкции личности» при психотерапии, лечения без согласия, компетентности, экстрасенсорики.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Что лежит в основе ипохондризации? Какому виду общению она свойственна?

2. Что такое «плацебо-эффект»?
3. Какой психологический тип врача Вам наиболее симпатичен? Почему?
4. Должен ли клинический психолог уметь решать проблемы своих клиентов?
5. Приведите аргументы «за» и «против» применения эвтаназии.
6. Известны ли Вам случаи лечения больного с психотерминализмом? Должен ли психиатр придерживаться политики психотерминализма в лечении своих пациентов? При каких условиях она оправдывается?

Общий библиографический список

1. Акимова М. К., Козлова В. Т. Психологическая коррекция умственного развития школьников. М., 2000.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М., 1997.
3. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. М., 1980.
4. Блейхер В. М., Крук И. В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986.
5. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Практическая патопсихология. Ростов н/Д, 1996.
6. Брагина Н. П., Доброхотова Т. А. Функциональные асимметрии человека. М., 1988.
7. Братусь Б. С. Александр Романович Лурия как мастер науки // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 2003. № 2. С. 84-88.
8. Братусь Б. С. Аномалии личности. М., 1988.
9. Братусь Б. С., Розовский И. Я., Цалкин В. Н. Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности. М., 1988.
10. Бурлачук Л. Ф. Исследование личности в клинической психологии. М., 1979.

11. Выготский Л. С. Психология и учение о локализации.
Собр. соч.: В 6 т. М., 1983. Т. 1.
12. Гиляровский В. А. Психиатрия. М., 1954.
13. Глозман Ж. М. Культурно-исторический подход как основа нейропсихологии 21 века // Вопросы психологии. 2002. № 4. С. 62-68.
14. Гройсман А. Л. Клиническая психология, психосоматика и психопрофилактика. М., 2002.
15. Гройсман А. Л. Медицинская психология: Лекции для врачей-слушателей курсов последипломного образования. М., 1997.

272

16. Гульдман В. В., Назаренко Ю. В. Психологическая служба в системе здравоохранения: состояние и перспективы // Вопросы психологии. 1991. № 3. С. 5-9.
17. Драгунская Л. С. Медицинская психология, аксиология и проблемы психодиагностики // Психологический журнал. 1989. №3. С. 115-121.
18. Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.
19. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1986.
20. Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980.
21. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
22. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. Л., 1982.
23. Киященко Н. К. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. М., 1973.
24. Клиническая психология: состояние и перспективы // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 1998. № 1. С. 82-84.
25. Кондратенко В. Т., Донской Д. И. Общая психотерапия. М., 1997.
26. Косырев В. Н., Уваров Е. А. Программа курса «Клини

- ческая психология». Тамбов, 2000.
27. Краткая медицинская энциклопедия. 2-е изд. М., 1989. Т. 1,2,3.
 28. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985
 29. Лебединский М. С, Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1966.
 30. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. М., 1969.
 31. Лурия А. Р. Мозг человека и психические процессы. М., 1970.
 32. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.

273

33. Лурия А. Р., Зейгарник Б. В., Поляков Ю. Ф. Психология и ее роль в медицине // Вопросы психологии. 1978. № 1.
34. Лурия А. Р., Зейгарник Б. В., Поляков Ю. Ф. Применение психологических тестов в клинической практике // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1974. Вып. 12.
35. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания // Хрестоматия по патопсихологии. М., 1981. С. 49-59.
36. Марковская И. Ф. Клинико-психологическая характеристика ЗПР // Дефектология. 1977. № 6.
37. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
38. Минутко В. Л. Справочник психотерапевта. СПб., 1999.
39. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
40. Оганесян Л. А. О взаимоотношениях между психической и соматической сферами. М., 1961.
41. Поляков Ю. Ф. Здоровоохранение и задачи медицинской психологии // Психологический журнал. 1984. № 2.
42. Поляков Ю. Ф., Алфимова М. В. Проблемы и

- перспек
тивы участия психолога в прогнозировании
заболевания
шизофренией // Вестник МГУ. Сер. 14.
Психология.
1993. № 1. С. 17-24.
43. Поляков Ю. Ф. Психология и психиатрия // Журнал
невропатологии и психиатрии им. С. С.
Корсакова.
1971. №6.
44. Поляков Ю. Ф. Патология познавательной
деятельности
при шизофрении. М., 1974.
45. Понизов В., Хохлов В. Место психолога: о судьбе
меди
цинской психологии // Медич. газета. 1993. 10
сент. С. 11.
46. Привалова Н. Н. Нейропсихологическая
оценка дина
мических характеристик асимметрии процессов
регуля
ции психической деятельности у лиц с
минимальной

274

- мозговой дисфункцией // Психол. журнал.
2001. Т. 22. №6.
47. Психологическая диагностика при нервно-
психических
и психосоматических заболеваниях. Л., 1985.
48. Психологические особенности врача / В. Ф.
Кубышкин,
Л. Н. Чернышева, Г. В. Семенова и др. // Совет,
здорово
охранение. 1990. № 5. С. 51-54.
49. Решетова Т. В. Влияние когнитивного стиля на
взаимо
отношения врача и больного // Психол.
журнал. 1990.
Т. 11. № 1. С. 124-130.
50. Роль психологического фактора в
происхождении, те
чении и лечении соматических болезней. М.,
1972.
51. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики
патоп
сихологии. М., 1970.
52. Симерницкая Э. Г. Мозг человека и
психические про
цессы в онтогенезе. М., 1985.
53. Снежневский А. В. Общая психопатология.
Валдай,
1970.
54. Соколова Е. Т. Мотивация и восприятие в

- норме и психопатологии. М., 1976.
55. Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности. М., 1980.
 56. Соколова Е. Т. Феномен личности Б. В. Зейгарник: К 100-летию со дня рождения // Вопросы психологии. 2001. №2. С. 94-99.
 57. Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
 58. Соколова Е. Т., Тхостов А. Ш. 1 Международная конференция по клинической психологии памяти Б. В. Зейгарник // Психол. журнал. 2002. Т. 23. № 2. С. 132-137.
 59. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М., 1986.

275

60. Хейссерман Э. Потенциальные возможности психического развития нормального и аномального ребенка. М., 1964.
61. Хомская Е. Д. Нейропсихология. М., 1987.
62. Хомская Е. Д. Нейропсихология эмоций: гипотезы и факты // Вопросы психологии. 2002. № 4. С. 50-62.
63. Хомская Е. Д., Батова Н. П. Мозг и эмоции. М., 1992.
64. Цветкова Л. С. Восстановительное обучение больных с локальными поражениями мозга. М., 1972.
65. Цветкова Л. С. Мозг и интеллект. М., 1995.
66. Цветкова Л. С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 1985.
67. Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.

Раздел IV

РАЗРАБОТКИ ЛАБОРАТОРНЫХ ЗАНЯТИЙ

«Личность больного и ее отношение к эксперименту ничуть не оставляется экспериментатором без внимания,... Все, что может дать объективное наблюдение за больным, начиная с мимики и кончая заявлениями и поведением больного, должно быть принято во внимание», — писал В. М. Бехтерев. Отсюда принципы комплексности и вариативности патопсихологического исследования и, как следствие, - многообразие методик, применяемых в клинической психологии.

Приводимые ниже разработки - это лишь примерный перечень возможных лабораторных занятий со студентами по клинической психологии. Из них ассистент, ведущий лабораторные занятия, выбирает те, с которыми студенты еще не знакомы. Ему также предоставляется право, если того требует учебный процесс, применять на занятиях собственные разработки с привлечением хорошо зарекомендовавших себя в клинической психологии методов. В их числе: таблицы Шульте; корректурная проба; счет по Крепелину; методика Мюнстерберга; тест десяти слов, пиктограмма; пробы Ашафенбурга, Рейхардта, Липмана; тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение; ассоциативный эксперимент; тест дискриминации свойств понятий, метод цветовых выборов Люшера, тест Равена, тест Векслера и др.

НАБЛЮДЕНИЕ, ЗА ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭКСПРЕССИВНЫХ ПРИЗНАКОВ ПАЦИЕНТА

Вводные замечания: Экспрессивностью называется внешнее проявление психического или физического состояния человека, проявляющееся как в его вегетативных, так и в двигатель-

ных реакциях. Выразительные движения лица называют мимикой, выразительные движения тела — позой, выразительные движения рук - жестом, а совместные выразительные движения организма в целом - пантомимикой. Разница между мимикой, позой и жестом в известной мере условна, поскольку, например, выражение лица представляет собой только локальное проявление общего физического или психического состояния человека. Считается, что наиболее информативной у человека является мимика. Однако движения

корпуса, рук и ног могут быть тоже весьма показательными, но они в этом отношении менее изучены.

Наиболее информативной для индикации эмоционального состояния является непроизвольная пантомимика. Г. де Сюпер-виль предложил схему выражений лица человека, находящегося в различных эмоциональных состояниях (рис. 6).

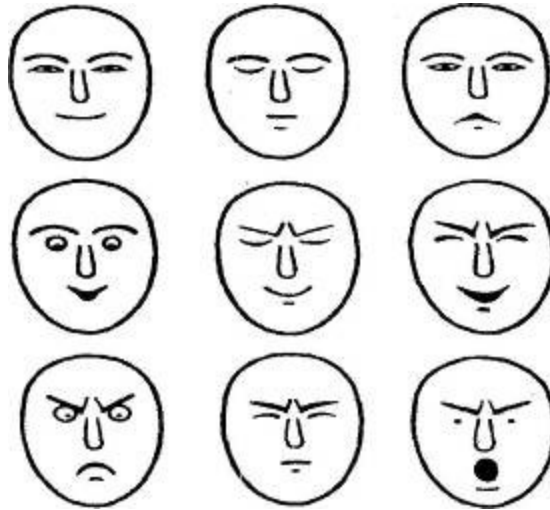


Рис. 6. Схематическое изображение эмоций человека.

Данная схема основана на различиях в направлении линий, соответствующих физиологическим щелям лица - глазным, носовым и щели рта. Горизонтальное направление этих линий

278

глаз, ноздрей и рта сообщает лицу спокойное выражение. При косом направлении линий с наклоном их наружных концов вниз лицо приобретает печальное выражение, а при отклонении линий наружными концами вверх - веселое. Несмотря на условность, эту схему можно принять за «азбуку мимики». В отечественной психологии предприняты попытки обобщить данные о выразительных движениях головы, рук и тела, сопровождающих то или иное психическое состояние. Так, проанализировав литературу по искусству, В. Д. Балин выделил и свел в таблицу основные опорные элементы и признаки, описывающие их положение и состояние, которые и используются в настоящей работе для оценки эмоциональных состояний.

Цель задания: Получить представление о неконтактном методе оценки эмоционального состояния человека.

Оборудование: Набор фотографий человека в разных эмо-циональных состояниях, на

обратной стороне которых сделаны надписи, характеризующие эмоциональное состояние человека, изображенного на данной фотографии; таблица опорных элементов и экспрессивных признаков некоторых психических состояний (табл. 2), протокол эксперимента.

Протокол эксперимента

Экспериментатор _____

Испытуемый _____

Измеряемая характеристика _____

Вид стимула _____

№ фото и эмоциональное состояние сфотографированного	Опорный элемент	Выделенные для опорного элемента		Интенсивность проявления	
		Название	Количество	Отдельного признака	Суммарно для опорного элемента
1					
2					
...					
п.					

279

Ход работы: В задании испытуемый должен оценить экспрессивные проявления эмоций человека по его пантомимике. При этом студент может пользоваться таблицей опорных элементов и их признаками (табл. 2). Следует помнить, однако, что перенос результатов, полученных для имитированных эмоций, на естественные проявления не всегда корректен.

Таблица 2

Опорные элементы и экспрессивные признаки некоторых психических состояний

Эмоции	Голова	Брови	Глаза	Рот	Руки	Корпус	Ноги	Комплексные реакции
Радость	Отклонена	Приподнимание бровей, сглаживание поперечных складок	Сужение глазных щелей; радиальные складки у наружного	Углы приподняты	Подвижны, хватание за бока и т. п.	Отклонение назад	Ступни развернуты	Моторное возбуждение
Внимание непроизвольное	Прямая или наклонена к объекту	Приподняты, дугообразны; поперечные складки на лбу	Расширение глазных щелей; взгляд не фиксируется	Приоткрыт				
Внимание произвольное	Прямая или наклонена вбок, иногда вперед	Сдвигание и опускание головок бровей; продольные складки между ними	Сужение глазных щелей; взгляд фиксирован	Поперечно растянута	Иногда моделируют объект внимания	Наклонен к объекту внимания или от него		Заторможность, неподвижность; части тела копируют объект
Удивление	Неподвижна	Приподнимание бровей; поперечные складки на лбу	Расширение глазных щелей, взор на объект	Приоткрыт	Неподвижны, иногда пассивно свисают	Неподвижны ИЛИ устремлены вперед	Согнуты в коленях	Гипотимия мускулатуры

Презр ение	Закину - та назад	Приподним ание дугобразно изогнутой одной брови; поперечная	Веки опущен ы; глаза смотрят вниз	Нижня я губи опуще- на		Напряже н и «снят с бедер»	Напря- жен и «снят с бедер»	
---------------	----------------------------	--	---	------------------------------------	--	----------------------------------	---	--

Эмоции	Голова	Брови	Глаза	Рот	Руки	Корпус	Ноги	Комплексные реакции
Печаль горе	Опущена, при сидении опирается на руку	Сближение бровей и продольно-поперечная складка на лбу	Веки опущены; взгляд пассивен	Уголки опущены; центр нижней губы приподнят	Малоподвижны; при сидении быть опорой головы	Расслаблен, опоры, линия спины сломана, сутулость	Расслаблены, ступни свернуты	Гипотония мускул, иногда повышен тонус до скованности
Гнев	Пряма	Сближение или опускание головок бровей и продольно-поперечная складка на лбу	Расширение глазных щелей; быстрые движения глазных яблок	Плотно сомкну подворачивание губ внутрь	Размахивают; кисти сжаты в кулак,	Наклон вперед	Топание ногами	Наличие разрушительной тенденции
Страх	Опущена, иногда отвернута или откинута	Сближение приподнимание бровей, продольно-поперечная складка на лбу	Расширение глазных щелей. Напряжение нижнего века	Закрывает или приоткрыт. Поперечно растянут активных формах страха	Прижаты к или закрывают лицо. Кисти в кулак,	Расслаблен» В бедра, неподвижен, сутулость	Согнут в коленях. Спотыкание при ходьбе	Гипотония
Боль	Неподвижна	Приподнимание головок бровей и поперечные складки на лбу; сближение бровей продольная складка на лбу	Сужение глазных щелей	Плотно сомкну или верхняя губа поднята	Отдергиваются источника боли	Движение прочь от источника боли. Малая подвижность внутренней боли	Отдергивание источника боли. Иногда угловатые со свернутыми носками	Общее напряжение мышц и особенно в месте болевого ощущения

Лабораторное занятие состоит из двух частей. В первом опыте испытуемый оценивает признаки эмоций по фотографиям, во втором - по видеозаписи.

Для выполнения первой части задания студенты делятся на пары, один из членов пары выполняет роль экспериментатора, второй - испытуемого. Экспериментатор зачитывает испытуемому следующую инструкцию: «Вам будут предъявлены несколько фотографий, где изображен человек в разных эмоциональных состояниях. Ваша задача заключается в том, чтобы,

выделив опорные элементы и экспрессивные признаки, оценить интенсивность проявления каждого из признаков. Если признак едва проявляется, то оценивайте его единицей, а если проявляется отчетливо, - то двойкой».

Затем экспериментатор берет фотографию, заносит в протокол ее номер и название запечатленной на ней эмоции. Далее, он показывает фотографию испытуемому, который должен назвать опорный элемент тела изображенного человека, выделить основной признак эмоционального состояния и дать ему оценку по 2-балльной шкале. Ответы испытуемого экспериментатор фиксирует:- в протоколе отдельно для каждой новой фотографии.

Потом студенты меняются ролями, и экспериментатор становится испытуемым, а испытуемый - экспериментатором. Следует позаботиться о том, чтобы в этом случае для предъявления были использованы уже другие фотографии, то есть исходный набор из 10-20 фотографий следует разделить на две части до начала опытов.

Примерно по той же схеме выполняется вторая часть задания.

Обработка данных: 1) подсчитать количество выделенных признаков для каждого опорного элемента и суммарную интенсивность проявления всех признаков для каждого из опорных элементов. Эти вычисления следует повторить для данных, полученных при оценке каждой из предъявленных фотографий; 2) построить гистограммы и профили эмоций. Для этого на ось абсцисс надо нанести названия опорных элементов, а на ось ординат в одном случае количество выделенных признаков, а в другом - суммарную интенсивность.

Анализ и интерпретация результатов. Анализируя результаты выполнения обеих частей задания, необходимо сравнить профили эмоций по материалам фотографий, а также по материалам видеозаписи, выделив наиболее и наименее информативные признаки. Интересно сравнить между собой профили полярных эмоций. Обратите внимание на то, что исходные эмоции имеют близкие профили. Сравните суммарную интенсивность и суммарную частоту проявления экспрессивных призна-

282

ков всех опорных элементов у человека в разных эмоциональных состояниях - общую эмоциональность или чувствительность к эмоциогенным ситуациям. В выводах указать, что каждая эмоция имеет свой паттерн.

Литература

1. Изучение экспрессивного компонента эмоций методом наблюдения эмоциональной экспрессии // Практикум по общей и экспериментальной психологии. Л., 1987. С. 161-168.

ПРОЕКТИВНЫЙ ТЕСТ «НЕОКОНЧЕННЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ»

Вводные замечания: Тест включает 60 незаконченных предложений, которые могут быть разделены на 15 групп, характеризующих систему отношений личности. Среди них отношение к лицам противоположного пола, к вышестоящим и

подчиненным. Некоторые группы предложений имеют отношение к испытываемым человеком страхам и опасениям, к имеющемуся у него чувству вины, другие свидетельствуют о его отношении к прошлому и будущему, затрагивают взаимоотношения с родителями и друзьями, собственные жизненные цели.

Цель работы: Диагностика состояния межличностных и семейных отношений.

Оборудование: Инструкция, бланк теста «Неоконченные предложения», ключ.

Ход работы: Испытуемый получает бланк теста и инструкцию к нему: «В бланке даны начала предложений, которые Вы должны продолжить так, чтобы получилась законченная мысль. Исходите при этом из своей собственной ситуации и имеющегося у Вас жизненного опыта».

283

Бланк теста

1, Думаю, что мой отец редко

2. Если все против меня, то

3. Я всегда хотел

4. Если бы я занимал руководящий пост

5. Будущее кажется мне

6. Мое начальство

7. Знаю, что глупо, но боюсь

8. Думаю, что настоящий друг

9. Когда я был ребенком

10. Идеалом женщины (мужчины) для меня является

11. Когда я вижу женщину вместе с мужчиной

12. По сравнению с большинством других семей
моя семья

284

13. Лучше всего мне работается с

14. Моя мать и я

15. Сделал бы все, чтобы забыть

16. Если бы мой отец только захотел

17. Думаю, что я достаточно способен, чтобы

18. Я мог бы быть очень счастливым, если бы

19. Если кто-нибудь работает под моим
руководством

20. Надеюсь на

21. В школе мои учителя

22. Большинство моих товарищей не знают, что я
боюсь

23. Не люблю людей, которые

24. В прошлом я

285

25. Считаю, что большинство юношей и девушек

26. Супружеская жизнь кажется

27. Моя семья обращается со мной как с

28. Люди, с которыми я работаю

29. Моя мать

30. Моей самой большой ошибкой было

31. Я хотел бы, чтобы мой отец

32. Моя наибольшая слабость заключается в том

33. Моим скрытым желанием в жизни

34. Мои подчиненные

35. Наступит тот день, когда

36. Когда ко мне приближается мой начальник

286

37. Хотелось бы мне перестать бояться

38. Больше всего люблю тех людей, которые

39. Если бы я снова стал ребенком

40. Считаю, что большинство женщин (мужчин)

41. Если бы у меня была нормальная половая жизнь

42. Большинство известных мне семей

43. Люблю работать с людьми, которые

44. Считаю, что большинство матерей

45. Когда я был школьником, то чувствовал себя виновным, если

46. Думаю, что мой отец

47. Когда мне начинает не везти, я

48. Больше всего я хотел бы в жизни

287

49. Когда я даю другим поручение

50. Когда буду старым

51. Люди, превосходство которых над собой я признаю

52. Мои опасения не раз заставляли меня

53. Когда меня нет, мои друзья

54. Моим самым живым воспоминанием детства является

55. Мне очень не нравится, когда женщины (мужчины)

56. Моя половая жизнь

57. Когда я был ребенком, моя семья

58. Люди, которые работают со мной

59. Я люблю свою мать, но

60. Самое худшее, что мне случилось совершить, это

288

Обработка данных: В соответствии с ключом предложения объединяются в группы, каждое предложение получает свою оценку, затем находят сумму оценок четырех предложений и средний

балл. Ключ, примеры предложений и варианты ответов с оценкой от - 2 до + 2 приводятся ниже.

Ключ

Группы предложений _____	№ №
заданий	
1. Отношение к отцу	1 16 31 46
2. Отношение к себе	2 17 32 47
3. Нереализованные возможности	3 18 33 48
4. Отношение к подчиненным	4 19 34 49
5. Отношение к будущему	5 20 35 50
6. Отношение к вышестоящим лицам	6 21 36 51
7. Страхи и опасения	7 22 37 52
8. Отношение к друзьям	8 23 38 53
9. Отношение к своему прошлому	9 24 39 54
10. Отношение к лицам противоположного пола	10 25 40 55
11. Сексуальные отношения	11 26 41 56
12. Отношение к семье	12 27 42 57
13. Отношение к сотрудникам	13 28 43 58
14. Отношение к матери	14 29 44 59
15. Чувство вины	15 30 45 60

Варианты ответов и их оценка

Большинство известных мне семей:

1. Несчастливы, недружные, распались....- 2
2. Нервные, не очень дружные.....-1
3. Все одинаковые.....0

Будущее кажется мне:

1. Мрачным, плохим, странным.....-2
2. Туманным, неприглядным.....- 1
3. Неясным, неизвестным.....0

289

Анализ и интерпретация результатов: На основе полученных средних для каждой группы предложений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений как положительную, отрицательную или безразличную. Расположив указанные системы отношений в порядке от 1 до 15 по горизонтали, а их оценки от - 2 до +2 по вертикали, можем получить графическое изображение системы отношений с наглядным распределением их на положительные и отрицательные.

О 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

15

-1

-2

Такое представление облегчает выявление у обследуемого дисгармонии в системе межличностных и семейных отношений. Однако, с точки зрения практической консультативной работы с клиентом, более важно, конечно, качественное изучение дополненных предложений.

Литература

1. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учеб. пособие. М, 1998. С. 117.

ПРОЕКТИВНЫЙ ТЕСТ **РОРШАХА**

Вводные замечания: При исследовании сложных форм творческого воображения и в особенности при определении типов воображения применяют метод чернильных пятен. Этот метод состоит в том, что испытуемому показывают заранее заго-

290

товленное на листе бумаге чернильное пятно какой-либо сложной и причудливой формы и предлагают указать, на что это может быть похоже или что оно собой напоминает. В зависимости от характера ответа определяют степень развитости воображения и его тип. Этот метод был предложен Бине (1895). В дальнейшем он был усовершенствован Дирнборном (1897) и Шарпом (1899), однако наибольшее развитие этот метод получил в работе швейцарского психиатра Г. Роршаха (1921). Последний применил его для клинической диагностики различных категорий душевнобольных. Последующие проверки этой редакции метода подтвердили ее пригодность и для исследования нормальных субъектов - взрослых и детей.

Так, Бен-Эшенбург применил этот метод для исследования детей в возрасте 13-15 лет, Лопфе — для исследования школьников 4-6 классов, Пиаже - для исследования детей младшего возраста и т. д. У прежних исследователей обработка данных по методу чернильных пятен была несложной: определялось число ответов, средняя скорость их образования, тип, богатство и разнообразие ассоциаций. У Роршаха анализ ответов крайне обширен и достигает чрезвычайной сложности.

Если первоначальные исследователи ограничивались определением степени развития воображения и установлением господствующего типа образов, то Роршах наряду с этими моментами устанавливает тип переживания, тип восприятия, устанавливает специфические виды ответов для различных душевных заболеваний. Замечено, например, что слабоумие и состояние глубокой депрессии проявляется в низкой продуктивности воображения, в отсутствии каких-либо толкований пятен. Различные мании, паралитические и паранойяльные синдромы сопряжены с множественностью и изменчивостью возникающих образов, с их несвязностью и несоответствием объективному, очертанию пятен.

Среди современных методов исследования воображения и личности метод Роршаха наряду с достоинствами обладает также и значительными принципиальными и методическими недостатками. Такие моменты, как социальная направленность испытуемых, их жизненный опыт, интересы, профессиональные

291

навыки, многообразие форм психической деятельности и т. д. - все это не получает достаточного учета при данном методе, и его результаты в значительной мере носят формальный характер. Ниже мы приводим описание метода чернильных пятен по Роршаху в сокращенном виде, опуская, главным образом, его типологическую часть и клинические выводы. Эти моменты в известной мере важны и интересны для психиатра и психотерапевта, но при исследовании нормальных субъектов они могут привести при отсутствии достаточной психологической подготовки к крайне рискованным выводам.

Цель работы: Знакомство с проективной методикой Роршаха. Определение некоторых индивидуальных характеристик воображения и типов личности испытуемого на основе расшифровки его ответов.

Оборудование: Студентам заранее дается задание подготовить стимульный материал - пятна Роршаха. Их изготовление, в общем, несложно: надо на развернутый лист бумаги налить чернила или тушь, затем перегнуть лист пополам и разгладить; при вторичном развороте листа на нем получится причудливый рисунок симметричной формы. Таким образом, необходимо заготовить 10 карточек с пятнами Роршаха - 4 чисто-черных пятна, 3 черно-красных и 3 многоцветных. В последнем случае применяют красную, синюю, оранжевую, зеленую и желтую туши. Чтобы избежать простоты и резкой схематичности чернильных пятен, можно сделать на листе

предварительный рисунок, избегая при этом какой-либо нарочитой тенденциозности. Тушь наносится на контур рисунка, лист перегибается, затем разглаживается и на нем получается богатое деталями чернильное пятно.

Ход работы: В методике чернильных пятен, по Роршаху, наиболее ответственными моментами являются инструктаж испытуемого перед началом опытов и последующий анализ его ответов при истолковании пятен. Чтобы избежать какого-либо внушения, надо ограничиться самой сжатой и нейтральной ин-

292

струкцией, которая в то же время правильно бы направила испытуемого на необходимые высказывания.

Инструкция испытуемому: «Сейчас я покажу Вам ряд чернильных пятен. Каждое пятно внимательно рассмотрите с различной стороны и скажите мне, на что оно походит или что оно напоминает, что это может быть». Если испытуемый - ребенок или крайне застенчив, необходимо до начала опыта установить с ним контакт и, в частности, беседуя, указать, что иной раз облака могут казаться животными, человеческими лицами и т. п.

Инструкция экспериментатору: Сначала покажите испытуемому таблицу с черным пятном. Заметьте время. В протоколе запишите ответ и время, потраченное испытуемым на рассмотрение и составление ответов в данном опыте. Наряду с этим точно отметьте в протоколе все дополнительные речевые, мимические и пантомимические реакции испытуемого. Затем таким же способом покажите остальные пятна.

Форма протокола может быть следующего вида:

Таблицы	№ опыта	Ответы испытуемого	Время	Поведение испытуемого
---------	---------	--------------------	-------	-----------------------

Обработка данных: При анализе ответов Роршах учитывает следующие моменты: 1) число ответов, время, количество отказов от истолкования пятен; 2) зависимость ответов от восприятия формы, динамичности, цвета пятен; 3) характер восприятия — целостный или аналитический; 4) содержание образов и т. д.

На основе этих данных Роршах устанавливает «тип переживания», «тип восприятия» и доминирующий «тип образов». Для установления этих типов необходимо провести систематический анализ отдельных ответов испытуемых по

следующей особой форме протокола. В этой таблице есть три основных раздела: какими признаками пятна определен ответ, характер восприятия и содержание ответа.

293

Возьмите ответ испытуемого по первой таблице, сопоставьте его с другими и определите, был ли ответ обусловлен формой пятна (Formantwort, что в протоколе сокращенно обозначается буквой F) или в нем выражены двигательные моменты пятна (Bewegungsantwort - B), или, наконец, ответ был определен цветом чернильного пятна (Farbantwort - Fb). Последний фактор Роршах в свою очередь подразделяет на два вида: ответ был всецело определен цветом чернильного пятна (Farbantwort - Fb), ответ был определен и цветом и формой пятна (Form farbantwort - FFb). Итак, в зависимости от конструктивного характера ответа его надо соответствующим образом оценить и эту оценку поместить в надлежащей графе протокола в виде единицы или крестика.

Если по каждой таблице испытуемый дал несколько ответов, то все они должны быть оценены отдельно и их оценки помещены в соответствующих графах протокола.

После оценки ответа по конструктивным моментам его надо разобрать с точки зрения структуры восприятия. Если чернильное пятно воспринято испытуемым как единое целое, то такой ответ надо отметить в графе «Целостное и слитное восприятие» (Ganzantwort - G). Если отмечены также и отдельные детали, то такой ответ надо отметить в графе «Целостное и дифференцированное восприятие» (Ganzdetailantwort - GD). Если ответ дан на основе восприятия отдельных частей чернильного пятна, то такой ответ надо отметить в графе «Восприятие по отдельным частям» (Detailantwort - D). Если ответ дан на основе восприятия отдельных очень мелких частей чернильного пятна, то такой ответ надо отметить в графе «Восприятие по мелким кусочкам» (Kleindetailantwort - Dd). Кроме того, могут встретиться ответы, которые даны не основе восприятия таких мелких деталей чернильного пятна, которое заведомо могли бы быть отмечены в связи с более крупными частями пятна. Такие ответы составляют особую группу - олигофренического восприятия (Do), так как характерны для испытуемого или с пониженным интеллектом, или при депрессивном состоянии. Наконец, особую группу составляют ответы, которые определяются воспри-

294

ятием промежуточных частей чернильного пятна (Detailzwischen-figurantwort - DZW).

По содержанию ответы классифицируются следующим образом: люди и части человеческого тела составляют одну группу; животные и части тела животных - другую; предметы - третью; растения, ландшафты, анатомические детали - следующие отдельные группы. Если возникает необходимость, можно выделить еще другие виды ответов. Результаты анализа заносятся в протокол.

Протокол эксперимента

	Отве т даго	Чем определен ответ				Структура восприятия						Содержание ответов						-а	
		Фо мо й	т же - ни- ем	Фо р- мой и цве-	Цв е- том и фо р-	Цве- том	Цес- лост. и диф ф восп р.	Цес- лост. и лиф- фер- вос-	Восп по от- дель н. час-	Вос- при- ятие по мелк , кус.	Оли- го- фре н. восп р.	Вос- тие про- меж. пятн а	Част чело в. тела	Жи- вотн ые их част и	Пред меты	Рас- тени я	Ланд -	Ана- том. детали	
		F	B	FFb	FbF	Fb	G	GD	D	Dd	Do	DZW	M	T	G	P	L	Ad	

Анализ и интерпретация результатов. Проведя указанным способом оценку всех ответов испытуемого по всем таблицам, вычислите по каждой рубрике протокола сумму всех случаев.

Для определения «типа переживания» Роршах предлагает следующую формулу - $B : (FFb + FbF + Fb) : F$, B означает число ответов, содержащих двигательные моменты; в скобки заключены все три возможные вида ответов по цвету: форма + цвет (FFb), цвет + форма (FbF), цвет (Fb); F означает число ответов, определенных формой чернильных пятен. В зависимости от доминирования какого-либо члена отношения устанавливается и соответствующий тип переживания. При определении типа переживания Роршах предлагает внести некоторые поправки по группе ответов - цвет, а именно: каждый случай формы-цвета приравнять 0,5, каждый случай цвета-формы приравнять 1, а каждый случай цвета приравнять 1,5. При данных поправках рабочая формула для установления типа переживания примет такой вид: $B : (FFb \times 0,5 + FbF \times 1 + Fb \times 1,5) : F$.

295

Разберем один конкретный пример: предположим, что мы имеем такое отношение $15 : (2 \times 0,5 + 2 \times 1,5) : 3 = 15 : 6 : 3$. Следовательно, мы можем сказать, что двигательные реакции относятся к реакциям по цвету и форме как $15 : 6 : 3$.

В тех случаях, когда испытуемый по преимуществу обнаруживает в ответах двигательные реакции (образы движущихся предметов и живых существ: танцующих людей, извергающегося вулкана и т. п.), то он, по Роршаху, относится к интроверти-рованному (обращенному внутрь себя) типу личности. Если испытуемый обнаруживает предрасположение к истолкованию

чернильных пятен, главным образом, на основе их цвета (например, синее пятно вызывает мысль о небе, васильке, а красное пятно - о знамени и т. п.), то он относится к экстравертированному (обращенному вовне) типу личности. Если у испытуемого представлены, главным образом, ответы на основе формы чернильных пятен, то он принадлежит к суженному (Koartierter) типу личности. Если у испытуемого равномерно представлены как ответы-движения, так и ответы - цвет при незначительном числе ответов — чистая форма, то он принадлежит к уравновешенному типу (Ambiaequal).

Исходя из данных о структуре восприятия, можно определить «типы восприятия». Для этого надо составить новое отношение: $(G + GD) : (D + Dd + Do + DZW)$, то есть установить соотношение числа случаев целостного и аналитического восприятия и тем самым вывести, если это возможно, соответствующий доминирующий тип восприятия: целостный или аналитический.

Данные с содержанием ответов и характер их внутреннего соотношения дают основание для установления доминирующего «типа образов» при воображении (или ряда основных мотивов воображения - предметы, живые существа, природа и т. д.).

Такие моменты как время ответов, по Роршаху и другим исследователям, не имеют существенного значения. Лишь при патологическом укладе личности, когда ответы крайне замедляются, это служит симптомом упадка умственных сил или депрессивного состояния. Чрезмерное количество отказов от истолкования чернильных пятен характерно для негативных субъектов.

296

Наконец, данные о внешнем поведении очень полезны для характеристики эмоциональной сферы испытуемого.

Литература

1. Любимов П. С. Исследование типов воображения по методу Роршаха: Практикум по экспериментальной психологии. М, 1956. С. 115-122.
2. Сосновский Б. А. Методика теста Г. Роршаха: Лабораторный практикум по общей психологии. М., 1979. С. 90-95.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ РАЗВИТИЯ
ПОТРЕБНОСТИ В
ДОСТИЖЕНИЯХ

Вводные замечания: Тест потребности в достижениях направлен на исследование особенностей мотивации достижения. Предложен Ю. М. Орловым в 1978 году. Опросник может применяться для исследования влияния мотивации достижения на эффективность деятельности, а также для индивидуального консультирования. Лица с высоким уровнем потребности в достижениях характеризуются следующими чертами: настойчивостью в достижении своих целей; неудовлетворенностью в достигнутом; постоянным стремлением сделать дело лучше, чем раньше; склонностью сильно увлекаться работой; стремлением пережить радость успеха; неспособностью плохо работать; потребностью изобретать новые приемы работы в исполнении самых обычных дел; отсутствием духа соперничества; желанием, чтобы и другие с ним пережили успех и достижение результата; неудовлетворенностью легким успехом; готовностью принять помощь и помогать другим при решении трудных задач.

Исходный перечень пунктов опросника составлялся таким образом, что в них косвенно отражались индивидуальные особенности человека, ориентированного на достижение. Окончательная шкала содержит 23 пункта.

297

Цели работы: 1. Приобретение студентами навыков работы с опросником. 2. Диагностика уровня развития потребности в достижениях и ее влияние на успешность учебной деятельности.

Оборудование: Текст опросника (ОПД), ключ.

Ход работы: Студенты знакомятся с текстом опросника и отвечают на вопросы. Исследование может проводиться как индивидуальным, так и групповым способом.

Текст опросника

1. Думаю, что успех в жизни зависит больше от расчета, чем от случая.

2. Если я лишусь любимого занятия, жизнь потеряет для меня смысл.

3. Для меня в любом деле важнее процесс исполнения, чем его конечный результат.

4. Считаю, что люди больше страдают от неудач в работе, чем от плохих взаимоотношений с близкими.

5. По моему мнению, большинство людей живут дальними целями, а не близкими.

6. Если даже есть возможность и я уверен, что никто этого не заметит, я не могу пройти в кино без билета.

2. В жизни у меня было больше успехов, чем неудач.

7. Эмоциональные люди мне нравятся больше, чем деятельные.

8. Даже в обычной работе я стараюсь усовершенствовать некоторые ее элементы.

10. Поглощенный мыслями об успехе, я могу забыть о мерах предосторожности.

11. Мои родители считали меня ленивым ребенком.

12. Думаю, что в моих неудачах повинен я сам, а не обстоятельства.

13. Мои родители строго контролировали меня.

14. Терпения во мне больше, чем способностей.

298

15. Лень, а не сомнения в успехе, вынуждают меня часто отказываться от своих намерений.

15. Думаю, что я уверенный в себе человек.

16. Ради успеха я могу рискнуть, если даже шансы не в мою пользу.

16. Я - неусердный человек.

17. Когда все идет гладко, моя энергия усиливается.

17. Если бы я работал в газете, я писал бы, скорее, об оригинальных изобретениях людей, чем о происшествиях.

18. Мои близкие обычно не разделяют моих планов.

18. Уровень моих требований к жизни ниже, чем у моих товарищей.

19. Я настойчив в достижении своих целей.

Обработка данных: Ответ «да» соответствует положительной корреляции утверждения с критерием, ответ «нет» - отрицательной.

Ключ «+» 1, 2, 7, 8, 9, 15, 17, 19, 20, 22, 23;

«-» 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 21.

Тестовые нормы

Сырой балл

Стены

0-4		0
5-7		1
8	2	
9	3	
10		4
11-12		5
13	6	
14	7	
15		8
16-17		9
18-23		10

По результатам учебной деятельности выделить три группы студентов: хорошо, средне- и слабоуспевающих.

299

Анализ и интерпретация результатов: В исследованиях влияния потребности в достижениях на эффективность учебной деятельности, по отношению к которой данная потребность выступает в качестве побуждающего фактора, достаточно выделить три уровня развития данной потребности: «низкий» - индивидуальный балл от .0 до 9, «средний» - от 10 до 13 и «высокий» — от 14 баллов и выше. Тогда сравнение результатов успешной учебной деятельности с уровнем развития потребности будет свидетельствовать о влиянии (или не влиянии) данной потребности на успешность учебной деятельности.

В индивидуальном консультировании желательно использовать шкалу стенов. Отклонение индивидуального балла от среднего значения (5 стенов) в ту или иную сторону свидетельствует, соответственно, о высоком или низком уровне развития потребности в достижениях у данного индивида.

Литература

1. Практикум по психодиагностике / Под ред. А. А. Бодалева. М: МГУ, 1988. С. 99-102.
2. Общая психодиагностика / Под ред. А. А. Бодалева. М.: МГУ, 1987. С. 170-174.

ДИАГНОСТИКА МОТИВОВ ДОСТИЖЕНИЯ И ИЗБЕГАНИЯ НЕУДАЧИ

Вводные замечания: Опросник для измерения мотивации достижения А. Мехрабиана имеет две формы: для мужчин и для женщин. При подборе пунктов теста учитывались категории людей с мотивом стремления к успеху (Ms) и избегания неудачи (Maf) в поведении, детерминированном мотивацией достижения.

Рассматривались особенности уровня притязаний, эмоциональной реакции на успех и неудачу, различия ориентации на будущее, фактор зависимости-независимости в межличностных отношениях. Методика А. Мехрабиана измеряет результирующую тенденцию мотивации достижения, то есть разницу (M_s -

300

M_{af}), так как пункты построены на основе сравнительных утверждений. Поэтому ответ на пункт показывает, преобладает ли M_s над M_{af} или наоборот. Высокие показатели по этому тесту указывают на тенденцию достижения ($M_s > M_{af}$), а низкие показатели — на тенденцию избегания ($M_s < M_{af}$). Людям с мотивом M_s свойственны следующие особенности: их привлекает ситуация достижения; они уверены в успешном исходе дела; им свойствен поиск информации (суждений) о своих успехах, готовность принять ответственность, решительность в неопределенных ситуациях, большая настойчивость при стремлении к цели; они получают большое удовольствие от интересных задач; хотят выполнить более или менее сложную, но реально выполнимую работу; сверхсложные или простые задачи не вызывают у них энтузиазма. Людям с мотивом M_{af} свойствен поиск информации о возможности избегания неудачи в ситуации достижения. Они берутся за выполнение сверхсложных задач или простых. Методика применяется для исследовательских целей при диагностике мотивации достижения у старших школьников и студентов. Тест представляет собой опросник, имеющий две формы - мужскую (Форма А) и женскую (Форма В). Ниже приводится модификация теста-опросника А. Мехрабиана, выполненная М. Ш. Магомед-Эминовым.

Цель работы: Диагностика двух обобщенных устойчивых мотивов личности: мотива стремления к успеху и мотива избегания неудачи. Определение преобладающего мотива.

Оборудование: Текст опросника (формы А и В), ключ.

Ход работы: Исследование может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме. В любом случае испытуемым предлагается следующая инструкция.

Инструкция: «Тест состоит из ряда утверждений, касающихся отдельных сторон характера, а также мнений и чувств по поводу некоторых жизненных ситуаций. Чтобы оценить степень

Вашего согласия или несогласия с каждым из утверждений используйте следующую шкалу:

- +3 - полностью согласен,
- +2 - согласен,
- +1 - скорее согласен, чем несогласен,
- 0 — нейтрален,
- 1 - скорее несогласен, чем согласен,
- 2 — несогласен,
- 3 — полностью несогласен.

Прочтите утверждения теста и оцените степень своего согласия или несогласия. При этом на бланке ответов против номера утверждения поставьте цифру, которая соответствует степени Вашего согласия (+3, +2, +1, 0, -1, -2, -3). Дайте тот ответ, который первым приходит Вам в голову. Не тратьте время на его обдумывание. При обработке результатов проводится подсчет баллов по определенной системе, а не анализ содержания отдельных ответов. Результаты теста будут использованы только для научных целей и дается полная гарантия о неразглашении полученных данных. Если у Вас возникли какие-то вопросы, задайте их теперь, а потом приступайте к работе».

Текст опросника (форма Л)

1. Я больше думаю о получении хорошей оценки, чем о получении плохой.

2. Если бы я должен был выполнить сложное, незнакомое мне задание, то предпочел бы сделать его вместе с кем-нибудь, чем трудиться над ним в одиночку.

3. Я чаще берусь за трудные задачи, даже если не уверен, что смогу их решить, чем за легкие, которые знаю, что решу.

4. Меня больше привлекает дело, которое не требует напряжения и в успехе которого я уверен, чем трудное дело, в котором возможны неожиданности.

5. Если бы у меня что-то не выходило, я скорее приложил бы все силы, чтобы с этим справиться, чем перешел бы к тому, что у меня может хорошо получиться.

6. Я предпочел бы работу, в которой мои функции четко определены и зарплата выше средней, работе со средней зарплатой, в которой я должен сам определять свою роль.

7. Я трачу больше времени на чтение

специальной литературы, чем художественной.

8. Я предпочел бы важное трудное дело, хотя вероятность неудачи в нем равна 50 %, делу достаточно важному, но не трудному.

9. Я скорее выучу развлекательные игры, известные большинству людей, чем редкие игры, которые требуют мастерства и известны немногим.

10. Для меня очень важно делать свою работу как можно лучше, даже если из-за этого у меня возникают трения с товарищами.

11. Если бы я собрался играть в карты, то, скорее, сыграл бы в развлекательную игру, чем в трудную, требующую размышлений.

12. Я предпочитаю соревнования, где я сильнее других, чем где все участники приблизительно равны по силам.

13. В свободное от работы время я овладеваю какой-нибудь игрой, скорее, для развития своих умений, чем для отдыха и развлечений.

14. Я, скорее, предпочту сделать какое-то дело так, как я считаю нужным, пусть даже с 50 % риска ошибиться, чем делать его, как мне советуют другие.

15. Если бы мне пришлось выбирать, то я, скорее, выбрал бы работу, в которой начальная зарплата будет 300 рублей и может остаться в таком размере неопределенное время, чем работу, в которой начальная зарплата равна 150 рублям и есть гарантия, что не позднее, чем через 5 лет я буду получать более 500 рублей.

16. Я, скорее, стал бы играть в команде, чем соревноваться один на один.

17. Я предпочитаю работать, не щадя сил, пока полностью не удовлетворюсь полученным результатом, чем стремлюсь закончить дело побыстрее и с меньшим напряжением.

конкретные вопросы по
пройденному материалу вопросам, требующим
для ответа вы
сказывания своего мнения.

19. Я, скорее, выбрал бы дело, в котором
имеется некоторая
вероятность неудачи, но есть и возможность
достигнуть боль
шего, чем такое, в котором мое положение не
ухудшится, но и
существенно не улучшится.

20. После успешного ответа на экзамене я
скорее с облегче
нием вздохну («пронесло!»), чем порадуюсь
хорошей оценке.

21. Если бы я мог вернуться к одному из
двух незавершен
ных дел, то я, скорее, вернулся бы к трудному, чем
к легкому.

22. При выполнении контрольного задания
я больше беспо
коюсь о том, как бы не допустить какую-нибудь
ошибку, чем
думаю о том, как правильно его решить.

23. Если у меня что-то не выходит, я
лучше обращаюсь к ко
му-либо за помощью, чем стану сам продолжать
искать выход.

24. После неудачи я, скорее, становлюсь
еще более собран
ным и энергичным, чем теряю всякое желание
продолжать дело.

25. Если есть сомнение в успехе какого-
либо начинания, то
я, скорее, не стану рисковать, чем все-таки приму
в нем актив
ное участие.

26. Когда я берусь за трудное дело, я,
скорее, опасаюсь, что
не справлюсь с ним, чем надеюсь, что оно
получится.

27. Я работаю эффективнее под чьим-то
руководством, чем
когда несу за свою работу личную ответственность.

28. Мне больше нравится выполнять
сложное незнакомое
задание, чем задание знакомое, в успехе которого
я уверен.

29. Я работаю продуктивнее над заданием,
когда мне кон
кретно указывают, что и как выполнять, чем когда
передо мной
ставят задачу лишь в общих чертах.

30. Если бы я успешно решил какую-то
задачу, то с боль
шим удовольствием взялся бы еще раз решить
аналогичную за
дачу, чем перешел бы к задаче другого типа.

31. Когда нужно соревноваться, у меня, скорее, возникнет интерес и азарт, чем тревога и беспокойство.

32. Пожалуй, я больше мечтаю о своих планах на будущее, чем пытаюсь их реально осуществить.

304

Текст опросника (форма В)

1. Я больше думаю о получении хорошей оценки, чем опасюсь получения плохой.

2. Я чаще берусь за трудные задачи, даже если не уверена, что смогу их решить, чем за легкие, которые знаю, что решу.

3. Меня больше привлекает дело, которое не требует напряжения и в успехе которого я уверена, чем трудное дело, в котором возможны неожиданности.

4. Если бы у меня что-то не выходило, я, скорее, приложила бы все силы, чтобы с этим справиться, чем перешла бы к тому, что у меня может хорошо получиться.

5. Я предпочла бы работу, в которой мои функции четко определены и зарплата выше средней, работе со средней зарплатой, в которой я сама должна определять свою роль.

6. Более сильные переживания у меня вызываются страхом неудачи, чем надеждой на успех.

7. Научно-популярную литературу я предпочитаю литературе развлекательного жанра.

8. Я предпочла бы важное трудное дело, где вероятность неудачи равна 50 %, делу достаточно важному, но не трудному.

9. Я, скорее, выучу развлекательные игры, известные большинству людей, чем редкие игры, которые требуют мастерства и известны немногим.

10. Для меня очень важно делать свою работу как можно лучше, даже если из-за этого у меня возникают трения с товарищами.

11. После успешного ответа на экзамене я скорее с облегчением вздохну, что «пронесло», чем порадуюсь хорошей оценке.

12. Если бы я собралась играть в карты, то

я, скорее, сыг
ла бы в развлекательную игру, чем в трудную,
требующую раз
мышлений.

13. Я предпочитаю соревнования, где я
сильнее других, тем,
где все участники приблизительно равны по силам.

14. После неудачи я становлюсь, скорее,
еще более собран
ной и энергичной, чем теряю всякое желание
продолжать дело.

305

15. Неудачи отравляют мою жизнь
больше, чем приносят
радость успехи.

16. В новых неизвестных ситуациях у меня,
скорее, возни
кает волнение и беспокойство, чем интерес и
любопытство.

17. Я, скорее, попытаюсь приготовить
новое интересное
блюдо, хотя оно может плохо получиться, чем
стану готовить
привычное блюдо, которое у меня обычно хорошо
выходило.

18. Я, скорее, займусь чем-то приятным и
необременитель
ным, чем стану выполнять что-то, как мне кажется,
стоящее, но
не очень увлекательное.

19. Я, скорее, затратю все свое время на
осуществление од
ного дела, чем постараюсь выполнить быстро за
это же время
два-три дела.

20. Если я заболела и вынуждена
остаться дома, то я ис
пользую время, скорее, для того, чтобы
расслабиться и отдох
нуть, чем почитать и поработать.

21. Если бы я жила с несколькими
девушками в одной ком
нате и мы решили устроить вечеринку, я
предпочла бы сама ор
ганизовать ее, чем чтобы это сделала какая-нибудь
другая.

22. Если у меня что-то не выходит, я лучше
обращусь к ко
му-то за помощью, чем стану сама продолжать
искать выход.

23. Когда нужно соревноваться, у меня,
скорее, возникает
интерес и азарт, чем тревога и беспокойство.

24. Когда я берусь за трудное дело, я,
скорее, опасаюсь, что
не справлюсь с ним, чем надеюсь, что оно
получится.

25. Я работаю эффективнее под чьим-то руководством, чем тогда, когда несу за работу личную ответственность.

26. Мне больше нравится выполнять сложное незнакомое задание, чем задание знакомое, в успехе которого я уверена.

27. Если бы я успешно решила какую-то задачу, то с большим удовольствием взялась бы решать еще раз аналогичную, чем перешла бы к задаче другого типа.

28. Я работаю продуктивнее над заданием, когда передо мной ставят задачу лишь в общих чертах, чем когда мне конкретно указывают, что и как делать.

306

29. Если при выполнении важного дела я допускаю ошибку, то чаще я теряюсь и впадаю в отчаяние, чем быстро беру себя в руки и пытаюсь исправить положение.

30. Пожалуй, я больше мечтаю о своих планах на будущее, чем пытаюсь их реально осуществить.

Обработка данных: Согласно полу испытуемого используйте ключи.

Ключ к мужской форме : +1, -2, +3, -4, +5, -6, +7, +8, -9, +10, -11, -12, +13, +14, -15, -16, +17, -18, +19, -20, +21, -22, -23, +24, -25, -26, -27, +28, -29, -30, +31, -32.

Ключ к женской форме: +1, +2, -3, +4, -5, -6, +7, +8, -9, +10, -11, -12, -13, +14, -15, -16, +17, -18, +19, -20, +21, -22, +23, -24, -25, +26, -27, +28, -29, -30.

Для определения суммарного балла необходимо пользоваться следующей процедурой: ответам испытуемых на прямые пункты опросника (отмечены со знаком «+» в ключе) приписываются баллы на основе следующего соотношения:

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
1	2	3	4	5	6	7

Ответам на вопросы со знаком «-» приписываются баллы на основе соотношения:

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7	6	5	4	3	2	1

Анализ и интерпретация результатов: На основе подсчета суммарного балла определяют, какая мотивационная тенденция доминирует у

испытуемого. Баллы всей выборки испытуемых, участвующих в исследовании, ранжируют и выделяют две контрастные группы: верхняя (27 % выборки) характеризуется мотивом стремления к успеху, а нижняя (27 %) - мотивом избегания неудачи.

307

Литература

1. Практикум по психодиагностике / Под ред А. А. Бодалева. М.: МГУ, 1988. С. 88-93.
2. Общая психодиагностика / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Сталина. М.: МГУ, 1987. С. 155-170.

ИЗУЧЕНИЕ СИТУАТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ БОЛЬНОГО ПО МЕТОДИКЕ СПИЛБЕРГЕРА

Вводные замечания: Измерение тревожности как свойства личности важно потому, что это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности - естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный уровень тревожности. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий спектр ситуаций как угрожающий, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичным во времени. Личности, относимые к категории высоко тревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выявляет у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях и особенно, когда они касаются оценки его компетенции и престижа. Большинство из

известных методов измерения тревожности позволяет оценивать или лич-

303

ностную тревожность, или состояние тревожности, либо еще более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, является методика, предложенная Ч. Д. Спилбергером. На русском языке его шкала была адаптирована Ю. Л. Ханиным, она и используется в настоящем задании.

Цель работы: Оценить уровень личностной и ситуационной тревожности.

Оборудование: Бланки шкал самооценки Спилбергера, включающие в себя инструкции, и 40 вопросов-суждений, 20 из которых предназначены для оценки уровня ситуативной тревожности (СТ) - (табл. 3), и 20 - для оценки уровня личностной тревожности (ЛТ) - (табл. 4).

Ход работы: Исследование может проводиться как индивидуально, так и в группе. Экспериментатор предлагает испытуемым ответить на вопросы согласно инструкциям.

Инструкция: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и обведите кружком цифру в соответствующей графе справа **в** зависимости от того, как Вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет и быть не может».

Таблиц

а 3 Шкала ситуативной тревожности (СТ)

№	Суждение	Ответы			
		Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен		2	3	4
2	Мне ничто не		2	3	4
3	Я нахожусь в		2	3	4
4	Я внутренне скован		2	3	4
5	Я чувствую себя		2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4

309

№	Суждение	Ответы			
		Нет, это не так	Пожа- луй, так	Верно	Совер- шенно верно
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего	1	2	3	4
И	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности,	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Ключи

Номер суждения	Ответы,			
	1	2	3	4
1	4	3	2	1
2	4	3	2	1
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	1	3	2	1
9	4'	2	3	4
10	4	3	2	1
11	1	3	2	1
12	1	2	3	4
13	1	2	3	4
14	4	2	3	4
15	4	3	2	1
16	1	3	2	1
17	1	2	3	4
18	4	2	3	4
19	4	3	2	1
20	4	3	2	1

СТ

Номер суждени	Ответы.			
	1	2	3	4
21	4	3	2	
22	1	2	3	4
23	1	2	3	4
24	1	2	3	4
25	1	2	3	4
26	4	3	2	1
27	4	3	2	1
28	1	2	3	4
29	1	2	3	4
30	4	3	1	1
31	1	2	3	4
32	1	2	3	4
33	1	2	3	4
34	1	2	3	4
35	1	2	3	4
36	4	3	2	1
37	1	2	3	4
38	1	2	3	4
39	4	3	2	1
40	1	2	3	4
Л				

310

Таблица 4
Шкала личностной тревожности (ЛТ)

№	Суждение	Ответы			
		Никогд а	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое	1	2	3	4
22	Я бываю	1	2	3	4
23	Я легко могу	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым,	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил, желание	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за	1	2	3	4
30	Я бываю вполне	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя незащищенным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя	1	2	3	4
39	Я уравновешенный	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих	1	2	3	4

311

Анализ и интерпретация результатов: При

анализе результатов самооценки тревожности надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной). При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов - низкая тревожность, 31-44 балла - умеренная тревожность, 45 и более - высокая.

По каждому испытуемому следует написать заключение, которое должно включать оценку уровня тревожности и при необходимости рекомендации по его коррекции. Так, лицам с высокими показателями тревожности следует формировать чувство уверенности в успехе. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности и высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам. Для низкотревожных людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

По результатам обследования группы также пишется заключение, оценивающее группу в целом по уровню ситуативной и личностной тревожности, кроме того, выделяются лица высоко-и низкотревожные.

Литература

1. Гримак Л. П. Общение с собой. М., 1991. С. 119-123.
2. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А. А. Крылова. Л., 1990. С. 28-32.

ИЗУЧЕНИЕ ИНТЕРНАЛЬНОСТИ И ЭКСТЕРНАЛЬНОСТИ ЛИЧНОСТИ НА ОСНОВЕ ШКАЛЫ ЛОКУСА КОНТРОЛЯ ДЖ. РОТТЕРА

Вводные замечания: Уровень субъективного контроля - обобщенная характеристика личности, оказывающая регулирующее воздействие на формирование межличностных отношений, способов разрешения кризисных семейных и производственных ситуаций.

Появление этого понятия связано с работами американского психолога Дж. Роттера. Он предложил различать между собой людей в соответствии с тем, где они локализуют контроль над значимыми для себя событиями. Существуют 2 полярных типа такой локализации, или локуса контроля: интернальный и экстернальный.

В соответствии с концепцией локуса контроля те лица, которые принимают ответственность за события своей жизни на себя, объясняя их своим поведением, способностями, чертами личности, обладают внутренним (интернальным) контролем, и, напротив, людям, которые склонны приписывать ответственность за все события внешним факторам (другим людям, случаю, судьбе и т. д.) - присущ внешний (экстернальный) контроль. Каждый человек занимает определенное место на континууме интернальность-экстернальность.

Принадлежность человека к тому или иному типу локализации контроля оказывает влияние на многообразные характеристики его психики и поведения. Интерналы проявляют большую ответственность и социальную активность, они, в отличие от экстерналов, более последовательны в своем поведении, им присуща большая когнитивная активность, они социабельны, толерантны, выносливы. Интерналы, в отличие от экстерналов, менее комфортны и уступчивы, не подвержены давлению других, сопротивляются, когда чувствуют, что ими манипулируют. Интерналы лучше работают в одиночестве, а экстерналы - под наблюдением. Интерналы обычно более активно ищут информацию и более осведомлены о ситуации, чем экстерналы. Экс-

тернальным людям чаще свойственна подозрительность, тревожность, депрессивность, агрессивность, конформность, догматизм, авторитарность, беспринципность, цинизм, склонность к обману.

Необходимо иметь в виду, что приведенные личностные корреляты локуса контроля, хотя и позволяют создать достаточно полное представление о типичных экстерналах или интерналах, все же являются очень

приблизительными.

В отечественной психологической практике используется ряд методик измерения локуса контроля. В данном практикуме предлагается 2 методики исследования субъективной локализации контроля: опросник субъективной локализации контроля (ОСЛК), разработанный С. Р. Пантелеевым и В. В. Столиным и методика по изучению уровня субъективного контроля (УСК), созданная Е. Ф. Бажиным, Е. А. Голынкиной и А. М. Эткингом.

Методы измерения локуса контроля могут быть полезны в таких областях практики, как психопрофилактика, профконсультирование и профотбор, психодиагностические обследования клиентов в клиниках, психологическое консультирование и т. д.

Цель работы: Измерение уровня локуса контроля как обобщенной генерализованной переменной.

Оборудование: Текст опросника, бланк ответов, ключ.

Ход работы. Студенты знакомятся с методикой и самостоятельно отвечают на вопросы, согласно следующей инструкции: «Выберите из каждой пары одно (и только одно) высказывание, с которым Вы больше согласны и отметьте соответствующую ему букву на бланке ответов».

Текст опросника

Опросник содержит 32 пункта (26 - работающих и 6 - маскировочных), построенных по принципу вынужденного выбора

314

одного из двух утверждений, и образует одномерную шкалу, дающую обобщенный показатель локуса контроля.

1. а) Издержки в воспитании детей часто связаны с излишней строгостью родителей;

б) В наше время неблагополучие детей в большей степени зависит от того, что родители недостаточно строги к ним.

2. а) Многие несчастья в жизни людей объясняются невезением;

б) Людские невезенья - результат их собственных ошибок.

3. а) Большинство недостатков в работе сферы обслуживания связано с тем, что мы плохо с ними боремся;

б) В ближайшее время улучшить сферу
бытового обслуживания почти невозможно.

4. а) К людям относятся так, как они того
заслуживают;

б) к несчастью, достоинства человека часто
остаются непризнанными, как бы он ни старался.

5. а) Спокойная жизнь студента на факультете
зависит от
его отношения с начальником курса;

б) У добросовестного студента не бывает
конфликтов с учебной частью.

6. а) Жалобы на то, что преподаватели
несправедливы к
студентам, редко бывают обоснованными;

б) Большинство студентов не сознают, что их
оценки в основном зависят от случайностей.

7. а) Без везения никто не может преуспеть в
жизни;

б) Если способный человек немногого добился,
значит он не использовал свои возможности.

8. а) Как бы вы ни старались, некоторым людям
вы все рав
но не понравитесь;

б) Люди, которые не нравятся другим, просто
не умеют ладить с окружающими.

9. а) Наследственность играет главную роль в
определении
личности;

б) Человека определяет его жизненный опыт.

10. а) Из моего опыта следует, что если что-то
должно про
изойти, то это произойдет;

315

б) Я убедился, что принять решение о
выполнении определенного действия лучше, чем
положиться на случай.

11. а) В жизни студента, который всегда
тщательно гото
виться к занятию, редко бывает несправедливая
оценка;

б) Систематические занятия - излишняя трата
сил, так как экзамен - это своеобразная лотерея.

12. а) Успех приносит усердная работа, он мало
связан с ве
зением;

б) Чтобы хорошо устроиться, нужно вовремя
оказаться в нужном месте.

13. а) Мнение студента будет учтено, если оно
обосновано;

б) Студенты практически не оказывают влияния
на решения
деканата.

14. а) Что бы я ни планировал, я почти
уверен, что мне уда
стся осуществить намеченное;

б) Планирование будущих действий не всегда

разумно, так как многое зависит от случая.

15. а) Есть определенные люди, в которых нет ничего хорошего;

б) Что-то хорошее есть в каждом.

16. а) Если принято верное решение, то достижение того, что я хочу, мало зависит от обстоятельств.

б) Очень часто мы можем принять решение, гадая на монете.

17. а) Кто станет руководителем - часто зависит от того, кому повезет;

б) Нужны специальные способности, чтобы заставить людей выполнять то, что нужно.

18. а) События в мире зависят от сил, которыми мы не можем управлять;

б) Принимая активное участие в политике и общественных делах, люди могут контролировать мировые события.

19. а) Если в общезнании скучно, значит организация «никуда не годится»;

б) Сделать жизнь в общезнании веселой и интересной зависит от нас самих.

316

20. а) Большинство людей не сознают, до какой степени их жизнь определяется случаем;

б) Не существует реально такой вещи, как везение.

21. а) Человек иногда вправе допустить ошибку;

б) Обычно лучше всего «прикрыть» свои ошибки.

22. а) Трудно понять, почему мы нравимся некоторым людям;

б) Как много друзей ты имеешь, зависит от того, что ты за личность.

23. а) Неприятности, которые с нами случаются, сбалансированы с удачами;

б) Большинство несчастных судеб - результат отсутствия способностей, невежества и лени.

24. а) Аспирант - это в прошлом способный, трудолюбивый студент;

б) Чтобы поступить в аспирантуру, нужны «связи».

25. а) Иногда я не могу понять, на основании чего преподаватель выводит оценки;

б) Есть прямое соотношение между моим усердием и оценкой.

26.а) Хороший лидер в коллективе ожидает, что каждый сам решит, что ему делать;

б) Хороший лидер в коллективе определяет, что делать каждому.

27.а) Добровольно работая сейчас, обеспечиваю себе будущие научные достижения;

б) Большинство великих научных открытий - результат непредсказуемого озарения.

28.а) Не раз я чувствовал, что у меня мало влияния на события, которые со мной случаются;

б) Я почти не верю, что везение или удача играют важную роль в моей жизни.

29.а) Люди одиноки потому, что не стараются быть дружелюбными;

б) Не много пользы в том, чтобы стараться быть приятным людям: если ты им нравишься, то и так нравишься.

317

30.а) В высшей школе неоправданно много внимания уделяют физкультуре;

б) Занятия спортом - лучшее средство воспитания характера.

31.а) То, что со мной случается - это мои собственные действия и поступки;

б) Иногда мне кажется, что моя жизнь идет сама по себе.

32.а) Рядовому студенту трудно понять, на основании чего деканат выносит свои решения;

б) Чаще всего студенты сами виноваты, если деканат применяет строгие меры.

Обработка данных: Показатель субъективной локализации контроля получается путем подсчета суммы выбранных испытуемым интернальных альтернатив с помощью следующего ключа:

Интернальные альтернативы: 26, 3а, 4а, 5б, 6а, 7б, 8б, 10б, 1а, 12а, 13а, 14а, 16а, 17б, 18б, 19б, 20б, 22б, 23б, 24б, 25б, 27а, 28б, 29а, 31а, 32б.

Экстернальные альтернативы: 2а, 3б, 4б, 5а, 6б, 7а, 8а, 10а, 11б, 12б, 13б, 14б, 16б, 17а, 18а, 19а, 20а, 22а, 23а, 24б, 25а, 27б, 28а, 29б, 31б, 32а.

Маскировочные пункты: 1, 9, 15, 21, 26, 30.

Далее следует перевести «сырые» баллы в стены.

Шкала перевода сырых баллов в

стены

«сырые» баллы	0-4	5-7	8-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-26
стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Справка: Стандартизация шкалы проводилась на выборке студентов различных вузов г. Москвы. Параметры распределения: $N = 300$; $X = 14,2$; $S = 4,4$, где N - объем выборки, X - средний суммарный балл, S - стандартное отклонение.

Анализ и интерпретация результатов: Так как опросник содержит 26 пунктов, значения шкалы имеют 27 градаций (от

318

О до 26). Значение 26 соответствует максимально интернально-му контролю, 0 - максимально экстернальному контролю. Используя полученные данные, проделать следующее:

1. Выявить индивидуальный уровень субъективной локализации контроля.
2. Определить среднегрупповой показатель локуса контроля.
3. Выделить группы студентов, имеющих преобладание экстернального или интернального локуса контроля и проранжировать их по этим показателям.
4. Сравнить полученные данные со средним баллом успеваемости студентов, сделать соответствующие выводы.

Литература

1. Практикум по психодиагностике / Под ред. А. А. Бодалева. М.: МГУ, 1988. С. 131-134.
2. Общая психодиагностика / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Сталина. М.: МГУ, 1987. С. 278-285.

ИЗУЧЕНИЕ СУБЪЕКТИВНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ КОНТРОЛЯ

Вводные замечания: Опросник построен в соответствии с разработанной В. А. Ядовым иерархической моделью регуляции социального поведения личности.

Опросник состоит из 7 шкал, содержит 44 пункта, измеряет локус контроля личности в различных сферах деятельности, в том числе обобщенный показатель индивидуального уровня субъективного контроля (Ио).

- Шкала Ио - общая интернальность;
Шкала Ид - интернальность в области

достижений;
 Шкала Ин - интернальность в области неудач;
 Шкала Ис - интернальность в семейных
 отношениях;
 Шкала Ип - интернальность в
 производственных отношениях;
 Шкала Им - интернальность в межличностных
 отношениях;
 Шкала Из - интернальность в отношении
 здоровья и болезни.
 Авторы: Е. Ф. Бажин, Е. А. Голынкина, А. М.
 Эткинд.

319

Цель работы: Измерение локализации
 контроля личности в различных сферах
 деятельности человека.

Оборудование: Текст опросника УСК, ключ,
 шкалы интер-нальности-экстернальности в
 различных сферах деятельности.

Ход работы: Студенты получают текст
 опросника и следующую инструкцию: « Вам
 предлагается ответить на каждый пункт опросника,
 используя следующую семибалльную шкалу:

Полностью	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
Полностью							
согласен							не
согласен							

Текст опросника УСК

1.Продвижение по службе больше зависит от
 удачного сте
 чения обстоятельств, чем от способностей и усилий
 человека.

2.Большинство разводов происходит оттого,
 что люди не
 захотели приспособиться друг к другу.

3.Болезнь - дело случая; если уж суждено
 заболеть, то ни
 чего не поделаешь.

4. Люди оказываются одинокими из-за того,
 что сами не
 проявляют интереса и дружелюбия к окружающим.

1.Осуществление моих желаний часто зависит
 от везения.

5.Бесполезно предпринимать усилия для того,
 чтобы завое
 вать симпатию других людей.

7.Внешние обстоятельства - родители и
 благосостояние -
 влияют на семейное счастье не меньше, чем
 отношения супругов.

8.Я часто чувствую, что мало влияю на то, что
 происходит

со мной.

9. Как правило, руководство оказывается более эффективным, когда полностью контролирует действия подчиненных, а не полагается на их самостоятельность.

10. Мои отметки в школе часто зависели от случайных обстоятельств (например, настроения учителя), чем от моих собственных усилий.

320

11. Когда я строю планы, то я, в общем, верю, что смогу осуществить их.

12. То, что многим людям кажется удачей или везением, на самом деле является результатом долгих целенаправленных усилий.

13. Думаю, что правильный образ жизни может больше помочь здоровью, чем врачи и лекарства.

14. Если люди не подходят друг другу, то как бы они не старались наладить семейную жизнь, они все равно не смогут.

15. То хорошее, что я делаю, обычно бывает по достоинству оценено другими.

16. Дети вырастают такими, какими их воспитывают родители.

17. Думаю, что случай или судьба не играют важной роли в моей жизни.

18. Я стараюсь не планировать далеко вперед, потому что многое зависит от того, как сложатся обстоятельства.

19. Мои отметки в школе больше всего зависели от моих усилий и степени подготовленности.

20. В семейных конфликтах я чаще чувствую вину за собой, чем за противоположной стороной.

21. Жизнь большинства людей зависит от стечения обстоятельств.

22. Я предпочитаю такое руководство, при котором можно самостоятельно определять, что и как делать.

23. Думаю, что мой образ жизни ни в коей мере не является причиной моих болезней.

24. Как правило, именно неудачное стечение обстоятельств

мешает людям добиться успехов в своем деле.

25. В конце концов, за плохое управление организацией от
ветственны сами люди, которые в ней работают.

26. Я часто чувствую, что ничего не могу
изменить в сло
жившихся отношениях в семье.

27. Если я очень захочу, то смогу
расположить к себе почти
любого.

321

28. На подрастающее поколение влияет
так много разных
обстоятельств, что усилия родителей по их
воспитанию часто
оказываются бесполезными.

29. То, что со мной случается, это дело моих
собственных рук.

30. Трудно бывает понять, почему
руководители поступают
именно так, а не иначе.

31. Человек, который не мог добиться
успеха в своей рабо
те, скорее всего не проявлял достаточно усилий.

32. Чаще всего я могу добиться от членов
моей семьи того,
что я хочу.

33. В неприятностях и неудачах, которые
были в моей жиз
ни, чаще всего были виноваты другие люди, чем я
сам.

34. Ребенка всегда можно уберечь от
простуды, если за ним
следить и правильно его одевать.

35. В сложных обстоятельствах я
предпочитаю подождать,
пока проблемы разрешатся сами собой.

36. Успех является результатом упорной
работы и мало за
висит от случая или везения.

37. Я чувствую, что от меня больше, чем
от кого бы то ни
было, зависит счастье в моей жизни.

38. Мне всегда было трудно понять, почему
я нравлюсь од
ним людям и не нравлюсь другим.

39. Я всегда предпочитаю принять
решение и действовать
самостоятельно, а не надеяться на помощь других
людей или на
судьбу.

40. К сожалению, заслуги человека часто
остаются непри
знанными, несмотря на все его старания.

41. В семейной жизни бывают такие

ситуации, которые не
возможно разрешить даже при самом сильном
желании.

42. Способные люди, не сумевшие
реализовать свои воз
можности, должны винить в этом только самих
себя.

43. Многие мои успехи были возможны
только благодаря
помощи других людей.

44. Большинство неудач в моей жизни
произошло от неуме
ния, незнания или лени и мало что зависело от
невезения.

322

Обработка данных: Обработку провести по
приводимым ниже ключам, суммируя ответы на
пункты в столбиках «+» со своим знаком и ответы в
столбиках «-» с обратным знаком.

***Ключи для обработки результатов
тестирования***

Ио

Ид

Ин

+	-
2	1
4	3
11	5
12	6
13	7
15	8
16	9
17	10
19	14
20	18
22	21
25	23
27	24
29	26
31	28
32	30
34	33
36	35
37	38
39	40
42	41
44	43

+	-
12	1
15	5
27	6
32	14
36	26
37	43

+	-
2	7
4	24
20	33
31	38
42	40
44	41

Ис	
+	-
2	7
16	14
20	26
32	28
37	41

Ип	
+	-
19	1
22	9
25	10
42	30

И	
+	-
4	6
27	38

Из	
+	-
13	3
34	23

После получения сырых баллов по шкалам, следует перевести их в 10-балльную систему стандартных оценок-стенов. В этой системе средняя по нормативной выборке принимается за 5,5 стенов, а половина стандартного отклонения приравнивается к 1 стену.

323

Общая интернальность

от	-132	до	-14	1	от	33	до	44	6
от	-13	до	-3	2	от	45	до	55	7
от	-2	до	9	3	от	57	до	68	8
от	10	до	21	4	от	69	до	79	9
от	22	до	32	5	от	82	до	132	1

Интернальность в области достижений

от	-36	до	-11	1	от	6	до	9	6
от	-10	до	-7	2	от	10	до	14	7
от	-6	до	-3	3	от	15	до	18	8
от	-2	до	1	4	от	19	до	22	9
от	2	до	5	5	от	23	до	36	1

Интернальность в области неудач

от	-36	до	-8	1	от	8	до	11	6
от	-7	до	-4	2	от	12	до	15	7
от	-3	до	0	3	от	16	до	19	8
от	1	до	4	4	от	20	до	23	9
от	5	до	7	5	от	24	до	36	1

Интернальность в области семейных отношений

от	-30	до	-12	1	от	4	до	6	6
от	-1	до	-8	2	от	7	до	10	7

от	-7	до	-5	3	от	11	до	13	8
от	-4	до	-1	4	от	14	до	17	9
от	0	до	3	5	от	18	до	30	1

Интернальность в производственных отношениях

от	-30	до	-5	1	от	12	до	15	6
от	-4	до	-1	2	от	16	до	19	7
от	0	до	3	3	от	20	до	23	8
от	4	до	7	4	от	24	до	27	9
от	8	до	11	5	от	28	до	30	1

324

Интернальность в межличностных отношениях

от	-12	до	-7	1	от	2	до	4	6
от	-6	до	-5	2	от	5	до	6	7
от	-4	до	-3	3	от	7	до	8	8
от	-2	до	-1	4	от	9	до	10	9
от	0	до	1	5	от	11	до	12	1

Интернальность в отношении здоровья и болезней

от	-12	до	-6	1	от	3	до	4	6
от	-5	до	-4	2	от	5	до	6	7
от	-3	до	-2	3	от	7	до	8	8
от	-1	до	0	4	от	9	до	10	9
от	1	до	2	5	от	11	до	12	1

Анализ и интерпретация результатов: При интерпретации результатов необходимо построить профиль уровней субъективного контроля по различным шкалам. На профиле УСК прямая линия, проходящая через 5,5 стенов, соответствует норме. Отклонения вверх по отдельным шкалам свидетельствуют об интернальном типе контроля над соответствующими ситуациями, отклонения вниз - об экстернальном типе контроля. Таким образом, может быть оценен как общий тип контроля, так и соотношение показателей по отдельным шкалам между собой.

Литература

1. Методы измерения локуса контроля // Общая психодиагностика / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. М., 1987. С. 278-285.
2. Практикум по психодиагностике / Под ред. А. А. Бодалева. М., 1988. С. 135-140.

Вводные замечания: Самооценка понимается как необходимый элемент развития самосознания, как применение оценок

325

некой общественной меры к собственному «Я». Именно самооценка (как соотношение, своего поведения с требованиями окружающих, со своими представлениями об этих требованиях к себе: «Я-образ» или «социальное положение») управляет поведением личности, способствует ее формированию.

Адекватная самооценка (или объективное отражение собственной личности) ведет, как правило, к самокритичности и требовательности к себе, формирует уверенность в своих силах, определяет уровень притязаний личности. Неадекватная же самооценка может привести к искажению уровня притязаний, к общей конфликтности субъекта с окружающей действительностью.

Цель работы: Знакомство с методикой. Практическая иллюстрация сложности оценки психического облика личности.

Оборудование: Список слов, характеризующих некоторые свойства личности, бланк самооценки личности.

Ход работы: Работа проводится фронтально. Инструкции и команды одновременно для всех испытуемых даются преподавателем. При этом испытуемые работают самостоятельно, не консультируясь и не заглядывая друг к другу.

Всем дается список из 30 слов (в алфавитном порядке), характеризующих некоторые качества личности. Такой список нужно дать каждому студенту либо продиктовать его перед началом работы.

Инструкция испытуемому. «Перед вами слова, характеризующие некоторые свойства личности. Назовем их исходным списком. Прочитайте эти слова очень внимательно и расположите их в такой последовательности, чтобы они характеризовали некоторый ваш субъективный идеал человека. Причем первым в списке должно стоять такое качество, которое Вы считаете наиболее ценным в вашем идеале, вторым — чуть менее ценное и т. д. В результате последним в списке из 30 слов должно

326

оказаться качество, которое менее всего важно для вашего представления об идеале. Это список № 1. Изменять исходный список и вносить в него другие

слова не следует».

Исходный список слов

1. Аккуратность
2. Активность
3. Бережливость
4. Вдумчивость
5. Вежливость
6. Гордость
7. Доброта
8. Жизнерадостность
9. Искренность
10. Надежность
11. Настойчивость
12. Начитанность
13. Нежность
14. Обаяние
15. Общительность

16. Отзывчивость
17. Правдивость
18. Поэтичность
19. Приветливость
20. Принципиальность
21. Решительность
22. Самокритичность
23. Сдержанность
24. Скромность
25. Терпеливость
26. Трудолюбие
27. Увлеченность
28. Умелость
29. Целеустремленность
30. Эмоциональность

После выполнения первой части задания всем студентам экспериментатор дает вторую инструкцию: «Положите перед собой исходный список. Теперь расположите все слова этого списка так, чтобы они характеризовали лично вас. Вначале напишите качество, которое наиболее у вас выражено, затем чуть менее выраженное и т. д. Последним в списке № 2 будет качество, которое у вас, по вашему мнению, развито менее всего».

В результате выполнения работы каждый испытуемый получает два ряда (две последовательности одних и тех же качеств):

список № 1, отражающий «Я» идеальное;

список № 2, отражающий «Я» реальное.

327

Обработка данных: 1) построить график, отображающий уровень совпадения-несовпадения между собой двух полученных списков. Для этого по оси абсцисс отложить номера слов исходного списка, а по оси ординат ранги каждого из данных слов из списков 1 и 2; 2) последующую обработку провести на бланке самооценки личности (табл. 5).

Таблиц

а 5 Бланк самооценки личности

Ф., И., О. _____ Дата ____

«Я»-иде-	Исходный список	«Я»-реальное	Разница	Квадрат разницы
	Аккуратность			
	Бережливость			
	Вдумчивость			
	Вежливость			
	Тордость			
	Доброта			
	Жизнерадостность			
	Искренность			
	Надежность			
	Настойчивость			
	Начитанность			
	Нежность			
	Обаяние			

	Общительность			
	Отзывчивость			
	Правдивость			
	Поэтичность			
	Приветливость			
	Принципиальность			
	Решительность			
	Самокритичность			
	Сдержанность			
	Скромность			
	Терпеливость			
	Трудолюбие			
	Увлеченность			
	Умелость			
	Целеустремленность			
	Эмоциональность			
Г =				сумма =

328

Начиная с верхней строки, из оценок, стоящих в графе 1, вычесть соответствующие оценки, стоящие в графе 3; результаты записать в графу 4; полученные разности рангов возвести в квадрат и результаты записать в графу 5; проделать те же операции для строк 2, 3, 4 и т. д. Затем определить сумму квадратов разности рангов, для чего просуммировать данные колонки 5. Найденную сумму подставить в формулу, определить коэффициент ранговой корреляции и записать его в таблицу 5.

$$r = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n^3 - n},$$

где d^2 - квадрат разницы рангов; n - число оцениваемых качеств. 3. Собрать значения коэффициентов ранговой корреляции всех участников эксперимента и внести эти данные в сводную таблицу 6.

Таблиц
а 6 Сводная таблица результатов

№ п. п.	Список группы	Коэффициент ранговой корреляции	Самооценка		
			Высо- кая	Сред- няя	Низкая

Анализ и интерпретации результатов: При проведении анализа полученных результатов необходимо иметь в виду следующее. Значение коэффициента ранговой корреляции может изменяться в пределах от +1 до -1. Этот коэффициент выражает характер и тесноту связи между отношением человека к рассматриваемым качествам личности и самооценкой тех же качеств у самого себя. Коэффициенты, близкие к 0,5, говорят о средней оценке себя испытуемым. Если эти коэффициенты заметно больше или меньше 0,5, то самооценка будет соответственно высокой или низкой.

В выводах отразить степень адекватности

собственной самооценки, можно также сравнить между собой по уровню самооценки группы хорошо и слабо успевающих студентов.

329

Литература

1. Сосновский Б. А. Лабораторный практикум по общей психологии / Под ред. В. М. Гомезо. М., 1979. С. 87-90.
2. Личность и деятельность. Методические разработки к лабораторным занятиям под общей психологии / Под ред. В. Н. Косырева, О. В. Щекочихина. Тамбов, 1984. С. 11-13.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПРИТЯЗАНИЙ ЛИЧНОСТИ

Вводные замечания: Методы исследования «уровня притязаний» впервые разработаны в школе немецкого психолога Курта Левина (1890-1974).

К. Левин, обратился к экспериментальному исследованию особенностей поведения человека в конкретной обстановке.

К. Левин считал, что источником человеческого поведения являются потребности.

Под потребностью он подразумевает не биологические влечения, а психологические образования - квази-потребности, которые возникают в связи с жизненными целями человека. Он подчеркивал, что цели и намерения стоят по своим динамическим свойствам в одном ряду с потребностями и что именно они специфичны для человека.

В учении К. Левина о потребностях поставлен вопрос о связи между потребностью и предметом, служащим для ее удовлетворения. Он показал, что человек всегда существует в определенной конкретной ситуации, где каждая вещь, предмет выступают не сами по себе, а в отношении к потребностям и стремлениям человека. Он указывал на динамичность этих отношений, на то, что любое человеческое действие меняет «соотношение сил в ситуации» и по новому определяет его поведение.

Поэтому всякое экспериментальное психологическое исследование требует анализа взаимодействия человека с окружающей действительностью.

Работы К. Левина и его учеников (Т. Дембо, М. Овсянкиной, А. Карстен, Ф. Хоппе) позволяют экспериментально раскрыть

отношения, существующие между личностью и средой и внутри самой личности. Сюда относятся проблемы, связанные с уровнем притязаний и самооценкой личности.

К. Левин считал, что уровень притязаний формируется в процессе конкретной деятельности. В его формировании важнейшую роль играет влияние успеха и неуспеха; уровень притязаний является важным образованием личности, с ним связана самооценка, активность субъекта и сложная структура его аффективной жизни.

Уровень притязаний человека характеризуется степенью трудности целей, которые он ставит перед собой.

Исследования уровня притязаний (Ф. Хоппе, М. Юкнат, М. Неймори, Т. Бетелишвили, Б. Серебрякова), показали, что, как правило, испытуемые выбирают после успешных решений задания более трудные, и, наоборот, после ряда неудачных решений обращаются к заданиям более легким, то есть качество выполнения первого задания влияет на выбор следующего.

Цель работы: Определение самооценки и динамики уровня притязаний испытуемого в условиях успеха и неуспеха.

Оборудование: Секундомер, карточки размером 12 x 7 см, на одной стороне которых помещены цифры от 1 до 12 (для I варианта) или от 1 до 9 (для II варианта), на другой - задания. Степень трудности задания соответствует величине порядкового номера карточки.

Предлагаемые задания могут быть по своему содержанию весьма различными в зависимости от образовательного уровня и профессии испытуемых. Некоторым школьникам или студентам технических вузов можно предлагать математические задачи, студентам гуманитарных факультетов - задачи, требующие знаний в области литературы, искусства; задания могут быть типа головоломок и т. д. Иными словами, содержание заданий должно соответствовать общеобразовательному уровню испытуемых.

Ход работы: Испытуемому предлагаются задания, отличающиеся по степени трудности. Все задания нанесены на карточки, которые расположены перед испытуемым в порядке возрастания их номеров.

Задачи (вариант I)

ОПП ОТК УКЛ АБК	ЙОР ЕМЛ АЧМ АРБ МАТ	ОРКУ НООК ТАЧУ	КОИН МРЕО КАРЕ ЯЛОВ	РОАТШ ЧААКЛ	ГРИПО ДССУО РУРАТ
№7	№8	№9	№ 10	№ 11	№12
УКСОР КООП УХТМ РУАПС	ЬФТИИЛ ПРАСОЗ	НЕЕЬЧП МНИОО РООПАШ	ВЛАПНИ ЗЁРЕБА ССООБЛ ЧОВААКР	ММОЕАЛН ЬТЕИБОЯ	ЛГЗАОВ УПАНАИ РРЕТАА

Задачи (вариант II)

1. В семье 5 сыновей. Каждый имеет одну сестру. Сколько в семье детей?

2. Экипаж, запряженный тройкой лошадей, проехал за 1 час 15 км. С какой скоростью бежала каждая лошадь?

3. За 3 минуты бревно распилили на полуметровки, причем каждая распиловка занимала 1 минуту. Найти длину бревна.

4. Из трех одинаковых на вид колец одно несколько легче. Как обнаружить его с помощью одного взвешивания на двухчашечных весах?

5. Во сколько раз лестница до 6-го этажа длиннее лестницы до 2-го этажа одного и того же дома?

6. Большой пруд зарастает зеленью. Каждый день площадь зелени увеличивается вдвое. На 8-й день она уже покрыла половину пруда. На какой день пруд зарастет полностью?

332

7. Отцу 41 год, старшему сыну 13 лет, дочери 10, а младшему сыну 6 лет. Через сколько лет возраст отца окажется равным сумме лет детей?

8. Из 8 одинаковых колец одно несколько легче остальных. Как найти его не более чем двумя взвешиваниями на двухчашечных весах?

9. На вопрос, сколько у Вас учеников, Аристотель сказал, что половина из них математики, четверть музыканты, седьмая часть молчит и есть еще 3 женщины. Сколько у Аристотеля было учеников?

Инструкция испытуемому: «Перед Вами лежат карточки, на обороте которых написаны задания. Номера на карточках означают степень сложности заданий. Задания расположены по возрастающей сложности. На решение каждой задачи отведено определенное время, которое Вам не известно. Я слежу за ним с помощью секундомера. Если не уложитесь в отведенное время, я буду считать, что задание не выполнено. Задания Вы должны выбирать самостоятельно».

Далее испытуемому предлагается сделать первый выбор. Экспериментатор фиксирует время решения задачи и, получив ответ, говорит: «Эту задачу вы выполнили в срок. Ставлю Вам плюс» или «Вы не уложились во времени. Ставлю Вам минус», после чего предлагает выбрать новую задачу. При этом, как и в первый раз, он представляет испытуемому право самому выбирать сложность задания. В ходе опыта экспериментатор может по своему усмотрению увеличивать или уменьшать время, отведенное на выполнение задания, тем самым произвольно вызывать у испытуемого переживания неудачи или удачи.

Обработка данных: Полученные данные заносятся в заранее подготовленный протокол (см. образец). Данные эксперимента можно изобразить также в виде кривой: на оси абсцисс откладываются порядковые номера проб, на оси ординат - номера карточек. Знаком «+» отмечаются успешно выполненные задачи, знаком «-» - неуспешно выполненные.

333

Экспериментатор записывает подробно все высказывания испытуемого, его реакции, а также свои собственные замечания.

После того, как опыт закончен, следует задать испытуемому вопрос: «Чем Вы руководствовались при выборе заданий?»

Образец протокола

Экспериментатор _____

Испытуемый _____

Дата проведения опыта _____

№ задачи и трудности	Выполнение (+ или -)	Высказывания замечания
1. (I)	+	Ой, тут я сплеховал
2. (II)	+	
3. (III)	-	
5. (II)	+	
8. (II)	+	
9. (III)	-	
4. (III)	-	
7. (III)	-	
6. (II)	+	
10. (III)	-	

11.(II)	+	
12. (IV)	-	

Ответы к задачам

- 1 (а) - 6
детей; 1 (б) -
15 км/ч;
1 (в) - 2 м;
2 (а) - на. каждую чашу положить по] кольцу,
если чаши не
уравновесятся, то легкое кольцо находится сразу,
если же чаши
уравновесятся, то легче оставшееся кольцо;
2 (б) — в 5 раз;
2 (в) - на 9-й день;
3 (а) - через (5 лет;

334

- 3 (б) - взять по 3 кольца и первым
взвешиванием определить ту группу, в которой
находится легкое кольцо. Далее см. ответ к задаче
2 (а);
3 (в) - 28 учеников.

Анализ и интерпретация результатов:

Предметом анализа должны стать: уровень сложности задачи, выбранной первой и качество ее решения; поведение кривой после успешного и неуспешного решения задач. В результате должен быть охарактеризован уровень притязаний испытуемого: высокий, средний, низкий, адекватный, неадекватный, а также изменение его под влиянием успеха - неуспеха.

Литература

1. Практикум по психологии / Под ред. А. И. Леонтьева,
Ю. Б. Гиппенрейтер. М., 1972. С. 214-219.
2. Общая психология / Под ред. А. В. Петровского. М,
1984.

ИЗУЧЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ ПО МЕТОДИКЕ; FPI (МОДИФИЦИРОВАННАЯ ФОРМА В)

Вводные замечания: Личностный опросник разработан на факультете психологии ЛГУ главным образом для прикладных исследований. Шкалы опросника сформированы на основе факторного анализа и отражают ряд относительно независимых друг от друга факторов. Опросник предназначен для диагностики состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной адаптации и

регуляции поведения.

Цель задания: Формирование навыков работы с многофакторным личностным опросником, которые необходимы практическому психологу при решении задач психодиагностики, психологического консультирования, экспертизы и т. д.

335

Оборудование: Опросник с инструкцией, бланк ответного листа, ключ, шкала для перевода «сырых» баллов в баллы, краткое описание шкал.

Ход работы: Опросники с инструкцией и бланки ответного листа готовятся заранее в количестве, соответствующем числу одновременно работающих студентов.

Инструкция испытуемому: «На последующих страницах имеется ряд утверждений, каждое из которых подразумевает относящийся к Вам вопрос о том, соответствует или не соответствует данное утверждение особенностям Вашего поведения, отношению к людям, взглядам на жизнь т. п. Если Вы считаете, что такое соответствие имеет место, то дайте ответ «Да», в противном случае - отвечайте «Нет». Свой ответ зафиксируйте в имеющемся у Вас ответном листе, поставив крестик в клеточку, соответствующую номеру утверждения в вопроснике и характеру Вашего ответа. Ответы необходимо дать на все вопросы.

Успешность исследования во многом зависит от того, насколько внимательно выполняется задание. Ни в коем случае не следует стремиться своими ответами произвести на кого-то лучшее впечатление, так как ни один ответ не оценивается как хороший или плохой. Вы не должны долго размышлять над каждым вопросом, а старайтесь как можно быстрее решить, какой из двух ответов, пусть весьма относительно, но все-таки кажется Вам ближе к истине. Вас не должно смущать, если некоторые из вопросов покажутся Вам слишком личными, поскольку исследование не предусматривает анализа каждого вопроса и ответа, а опирается лишь на количество ответов одного и другого вида. Кроме того, Вы должны знать, что результаты индивидуально-психологических исследований, как и медицинских, не подлежат широкому обсуждению. Успешной Вам работы!»

Текст опросника

1. Я внимательно прочел инструкцию и готов откровенно ответить на все вопросы анкеты.

2. По вечерам я предпочитаю развлекаться в веселой компании (гости, дискотека, кафе и т. п.).

3. Моему желанию познакомиться с кем-либо всегда мешает то, что мне трудно найти подходящую тему для разговора.

4. У меня часто болит голова.

5. Иногда я ощущаю стук в висках и пульсацию в области шеи.

6. Я быстро теряю самообладание, но и также быстро беру себя в руки.

7. Бывает, что я смеюсь над неприличным анекдотом.

8. Я избегаю о чем-либо расспрашивать и предпочитаю угадывать то, что мне нужно, другим путем.

9. Я предпочитаю не входить в комнату, если не уверен, что мое появление пройдет незамеченным.

10. Могу так вспылить, что готов разбить все, что попадет под руку.

11. Чувствую себя неловко, если окружающие почему-то начинают обращать на меня внимание.

12. Я иногда чувствую, что сердце начинает работать с перебойми или начинает биться так, что, кажется, готово выскочить из груди.

13. Не думаю, что можно было бы простить обиду.

14. Не считаю, что на зло надо отвечать злом, и всегда следую этому.

15. Если я сидел, а потом резко встал, то у меня темнеет в глазах и кружится голова.

16. Я почти ежедневно думаю о том, насколько лучше была бы моя жизнь, если бы меня не преследовали неудачи.

17. В своих поступках я никогда не исхожу из того, что людям можно полностью доверять.

18. Могу прибегнуть к физической силе, если требуется отстаивать свои интересы.

19. Легко могу развеселить самую скучную компанию.
20. Я легко смущаюсь.
21. Меня ничуть не обижает, если делаются замечания от носительно моей работы или меня лично.
22. Нередко чувствую, как у меня немеют или холодеют руки и ноги.
23. Бываю неловким в общении с другими людьми.
24. Иногда без видимой причины чувствую себя подавленным, несчастливым.
25. Иногда нет никакого желания чем-либо заняться.
26. Порой я чувствую, что мне не хватает воздуха, будто бы я выполнял очень тяжелую работу.
27. Мне кажется, что в своей жизни я очень многое делал неправильно.
28. Мне кажется, что другие нередко смеются надо мной.
29. Люблю такие задания, когда можно действовать без долгих размышлений.
30. Я считаю, что у меня предостаточно оснований быть не очень-то довольным своей судьбой.
31. Часто у меня нет аппетита.
32. В детстве я радовался, если родители или учителя наказывали других детей.
33. Обычно я решителен и действую быстро.
34. Я не всегда говорю правду.
35. С интересом наблюдаю, когда кто-то пытается выпутаться из неприятной истории.
36. Считаю, что все средства хороши, если надо настоять на своем.
35. То, что прошло, меня мало волнует.
37. Не могу представить ничего такого, что стоило бы доказывать кулаками.
38. Я не избегаю встреч с людьми, которые, как мне кажется, ищут ссоры со мной.
36. Иногда кажется, что я вообще ни на что не годен.
39. Мне кажется, что я постоянно нахожусь в каком-то напряжении и мне трудно расслабиться.

42. Нередко у меня возникают боли «под ложечкой» и различные неприятные ощущения в животе.
43. Если обижают моего друга, я стараюсь отомстить обидчику.
44. Бывало, я опаздывал к назначенному времени.
45. В моей жизни было так, что я почему-то позволил себе мучить животное.
46. При встрече со старым знакомым от радости я готов броситься ему на шею.
47. Когда я чего-то боюсь, у меня пересыхает во рту, дрожат руки и ноги.
48. Частенько у меня бывает такое настроение, что с удовольствием бы ничего не видел и не слышал.
49. Когда ложусь спать, то обычно засыпаю уже через не сколько минут.
50. Мне доставляет удовольствие, как говорится, ткнуть носом других в их ошибки.
51. Иногда могу похвастаться.
52. Активно участвую в организации общественных мероприятий.
53. Нередко бывает так, что приходится смотреть в другую сторону, чтобы избежать нежелательной встречи.
52. В свое оправдание я иногда кое-что выдумывал.
53. Я почти всегда подвижен и активен.
54. Нередко сомневаюсь, действительно ли интересно моим собеседникам то, что я говорю.
54. Иногда вдруг чувствую, что весь покрываюсь потом.
55. Если сильно разозлюсь на кого-то, то могу его и ударить.
56. Меня мало волнует, что кто-то плохо ко мне относится.
57. Обычно мне трудно возражать моим знакомым.
55. Я волнуюсь и переживаю даже при мысли о возможной неудаче.
58. Я люблю не всех своих знакомых.
59. У меня бывают мысли, которых следовало бы стыдиться.
56. Не знаю почему, но иногда появляется желание испортить то, чем все восхищаются.

65. Я предпочитаю заставить человека сделать то, что мне нужно, чем просить его об этом.

66. Я нередко беспокоюсь двигаю рукой или ногой.

67. Предпочитаю провести свободный вечер, занимаясь любимым делом, а не развлекаясь в веселой компании.

68. В компании я веду себя не так, как дома.

69. Иногда, не подумав, скажу такое, о чем лучше бы по молчать.

70. Боюсь стать центром внимания даже в знакомой компании.

71. Хороших знакомых у меня очень немного.

72. Иногда бывают такие периоды, когда яркий свет, яркие краски, сильный шум вызывают у меня болезненно неприятные ощущения, хотя я вижу, что на других людей это так не действует.

73. В компании у меня нередко возникает желание кого-нибудь обидеть или разозлить.

74. Иногда думаю, что лучше бы не родиться на свет, как только представлю себе, сколько всяких неприятностей возможно придется испытать в жизни.

75. Если кто-то меня серьезно обидит, то получит свое сполна.

76. Я не стесняюсь в выражениях, если меня выведут из себя.

77. Мне нравится так задать вопрос или так ответить, чтобы собеседник растерялся.

78. Бывало откладывал то, что требовалось сделать немедленно.

79. Не люблю рассказывать анекдоты или забавные истории.

80. Повседневные трудности и заботы часто выводят меня из равновесия.

81. Не знаю, куда деваться при встрече с человеком, который был в компании, где я вел себя неловко.

82. К сожалению, отношусь к людям, которые бурно реагируют даже на жизненные мелочи.

83. Я робею при выступлении перед большой аудиторией.

84. У меня довольно часто меняется

настроение.

85. Я устаю быстрее, чем большинство окружающих меня людей.

340

86. Если я чем-то сильно взволнован или раздражен, то чувствую это как бы всем телом.

87. Мне докучают неприятные мысли, которые назойливо лезут в голову.

88. К сожалению, меня не понимают ни в семье, ни в кругу моих знакомых.

89. Если сегодня я посплю меньше обычного, то завтра не буду чувствовать себя отдохнувшим.

90. Стараюсь вести себя так, чтобы окружающие опасались вызвать мое неудовольствие.

91. Я уверен в своем будущем.

92. Иногда я оказывался причиной плохого настроения кого-нибудь из окружающих.

93. Я не прочь посмеяться над другими.

94. Я отношусь к людям, которые «за словом в карман не лезут».

95. Я принадлежу к людям, которые ко всему относятся достаточно легко.

96. Подростком я проявлял интерес к запретным темам.

97. Иногда зачем-то причинял боль любимым людям.

98. У меня нередко конфликты с окружающими из-за их упорства.

99. Часто испытываю угрызения совести в связи со своими поступками.

100. Я нередко бываю рассеянным.

101. Не помню, чтобы меня особенно опечалили неудачи человека, которого я не могу терпеть.

102. Часто я слишком быстро начинаю досадовать на других.

103. Иногда неожиданно для себя начинаю уверенно говорить о таких вещах, в которых на самом деле мало что смыслю.

104. Часто у меня такое настроение, что я готов взорваться по любому поводу.

105. Нередко чувствую себя вялым и усталым.

106. Я люблю беседовать с людьми и всегда

готов погово
рять и со знакомыми, и с незнакомыми.

341

107. К сожалению, я зачастую слишком поспешно оцениваю других людей.

108. Утром я обычно встаю в хорошем настроении и нередко ко начинаю насвистывать или напевать.

109. Не чувствую себя уверенно в решении важных вопро сов даже после длительных размышлений.

110. Получается так, что в споре я почему-то стараюсь го ворить громче своего оппонента.

111. Разочарования не вызывают у меня сколь-либо силь ных и длительных переживаний.

112. Бывает, что я вдруг начинаю кусать губы или грызть ногти.

113. Наиболее счастливым я чувствую себя тогда, когда бы ваю один.

114. Иногда одолевает такая скука, что хочется, чтобы все перессорились друг с другом.

Лист ответов

Фамилия, инициалы _____ Курс ____ Группа ____
Дата _____ Возраст _____

№	Ла	Н	№	Ла	Не	№	Ла	Не	№	Ла	Не	№	Ла	Не	№	Ла	Не
1			20			39			58			77			96		
2			21			40			59			78			97		
3			2			41			60			79			98		
4			23			42			61			80			99		
5			24			43			62			81			10		
6			25			44			63			82			10		
7			26			45			64			83			10		
8			27			46			65			84			10		
			28			47			66			85			10		
10			29			48			67			86			10		
11			30			49			68			87			10		
12			31			50			69			88			10		
13			32			51			70			89			10		
14			33			52			71			90			10		
15			34			53			72			91			11		
16			35			54			73			92			11		
17			36			55			74			93			11		
18			37			56			75			94			1		
19			38			57			76			95			1		

342

Обработка данных: Вполне очевидно, что к обработке данных можно приступать лишь при утвердительном ответе на первый вопрос. На основе общего ключа (табл. 7) опросника производится подсчет первичных «сырых» баллов, которые затем переводятся в стандартные оценки

Таблиц

Номер шкалы	Название шкалы и количество	Ответы по номерам вопросов	
		да	нет
I	Невротичность 17	4, 5, 12, 15, 22, 26, 31, 41	49
II	Спонтанная агрессивность 13	32, 35, 45, 50, 64, 73, 77, 93, 97, 103, 112, 114	99
III	Депрессивность 14	16, 24, 27, 28, 30, 40, 48, 56	—
IV	Раздражительнось 11	6, 10, 58, 69, 76, 80, 82, 102, 104, 107, ПО	—
V	Общительность 15	2, 19, 46, 52, 55, 94, 106	3, 8, 23, 53, 67, 71, 79,
VI	Уравновешенность 10	14, 21, 29, 37, 38, 59, 91, 95, 108, 111	—
VII	Реактивная агрессивность 10	13, 17, 18, 36, 39, 43, 65, 75, 90, 98	—
VIII	Застенчивость 10	9, 11, 20, 47, 60, 70, 81, 8	33
IX	Открытость 13	7, 25, 34, 44, 51, 54, 62, 63, 68, 78, 92, 96	—
X	Экстраверсия-интроверсия	2, 29, 46, 51, 55, 76, 93, 95, 106, 110	20, 87
XI	Эмоциональная лабильность 14	24, 25, 40, 48, 80, 83, 84, 85, 87, 88, 102, 112, 113	59
XII	Маскулинизм-м-феминизм 15	18, 29, 33, 50, 52, 58, 59, 65, 91, 104	16, 20, 31, 47, 84

[illegible]

На основе полученных данных, используя приводимую ниже схему, строится профиль личности (рис. 7)



Рис. 7. Профиль личности.

344

Анализ и интерпретация результатов:

Оценке подлежат количественные показатели и графическое изображение профиля личности. В первую очередь анализируются высокие и низкие оценки. Низкие оценки находятся в диапазоне 1-3 балла, средние - 4-6 баллов, высокие - 7-9 баллов. Оценка по шкале IX означает уровень достоверности ответов испытуемых. Для облегчения интерпретации можно пользоваться приводимым ниже кратким описанием шкал.

Краткое описание шкал

Шкала I (невротичность) характеризует уровень невротизации личности. Высокие оценки соответствуют выраженному тревожно-невротическому синдрому астенического типа со значительными психосоматическими нарушениями.

Шкала II (спонтанная агрессивность) позволяет выявить и оценить психопатизацию интроверсивного типа. Высокие оценки свидетельствуют о повышенном уровне психопатизации, создающем предпосылки для импульсивного поведения.

Шкала III (депрессивность) дает возможность диагностировать признаки, характерные для психопатологического депрессивного синдрома. Высокие оценки по шкале соответствуют наличию этих признаков в эмоциональном состоянии, в поведении, в отношениях к себе и к социальной среде.

Шкала IV (раздражительность) позволяет судить об эмоциональной устойчивости. Высокие оценки свидетельствуют о неустойчивом эмоциональном состоянии со склонностью к аффективному реагированию.

Шкала V (общительность) характеризует как потенциальные возможности, так и реальные проявления социальной активности. Высокие

оценки позволяют говорить о наличии выраженной потребности в общении и постоянной готовности к удовлетворению этой потребности.

Шкала VI (уравновешенность) отражает устойчивость к стрессу. Высокие оценки свидетельствуют о хорошей защищенности к воздействию стресс-факторов обычных жизненных

345

ситуаций, базирующейся на уверенности в себе, оптимистично-сти и активности.

Шкала VII (реактивная агрессивность) имеет целью выявить наличие признаков психопатизации экстратенсивного типа. Высокие оценки свидетельствуют о высоком уровне психопатизации, характеризующемся агрессивным отношением к социальному окружению и выраженным стремлением к доминированию.

Шкала VIII (застенчивость) отражает предрасположенность к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, протекающие по пассивно-оборонительному типу. Высокие оценки по шкале отражают наличие тревожности, скованности, неуверенности, следствием чего являются трудности в социальных контактах.

Шкала IX (открытость) позволяет характеризовать отношение к социальному окружению и уровень самокритичности. Высокие оценки свидетельствуют о стремлении к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими людьми при высоком уровне самокритичности. Оценки по данной шкале могут в той или иной мере способствовать анализу искренности ответов обследуемого при работе с данным опросником, что соответствует шкалам лжи других опросников.

Шкала X (экстраверсия-интроверсия). Высокие оценки по шкале соответствуют выраженной экстравертированности личности, низкие - выраженной интровертированности.

Шкала XI (эмоциональная лабильность). Высокие оценки указывают на неустойчивость эмоционального состояния, проявляющуюся в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции. Низкие оценки могут характеризовать не только высокую стабильность эмоционального состояния как такового, но и хорошее умение владеть собой.

Шкала XII (маскулинизм-феминизм). Высокие оценки свидетельствуют о протекании психической деятельности преимущественно по мужскому типу, низкие - по женскому.

Следует учесть, что в работе клинического психолога более подробная интерпретация данных, заключение и рекомендации даются по сути вопросов, работающих на ту или иную шкалу, с учетом связей между исследуемыми факторами и другими индивидуально-психологическими особенностями пациента.

Литература

1. Исследование личности с помощью модифицированной формы (В) опросника FPI // Практикум по экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А. А. Крылова. Л., 1990. С.51-60.

СМОЛ (СОКРАЩЕННЫЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ОПРОСНИК ЛИЧНОСТИ)

Вводные замечания: Из методик, направленных на оценку интегративных понятий, в частности, личностных и характерологических особенностей, а также уточнение клинических симпто-мокомплексов, выделяется *Миннесотский многопрофильный личностный опросник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), сокращенно - MMPI.*

С его помощью возможно уточнение клинически выявляемых феноменов, личностных особенностей пациентов с психическими нарушениями. Он позволяет анализировать скрытые от исследователя-клинициста индивидуальные тенденции и психопатологические переживания.

Применяемый в данной работе опросник является сокращенным вариантом теста MMPI. Опросник включает 71 вопрос, состоит из трех оценочных и десяти клинических шкал. Каждая шкала способна выявлять как психологические особенности, так и психопатологические симптомы и синдромы. Условной границей между нормой и патологией является уровень 70 Т. Тест применяется в индивидуальном консультировании, психиатрии, педагогике, профотборе, инженерной психологии.

347

Цель работы: Диагностика пограничных состояний, невротических проявлений, психопатий, определение конституциональных черт личности. Построение профиля личности.

Оборудование: Инструкция, текст опросника, ключ.

Инструкция: «Основная цель данного

психологического теста — помочь Вам лучше понять себя, свои сильные и слабые стороны, с тем, чтобы Вы смогли использовать эти знания в Вашей повседневной жизни. Вам будет предложено ответить на 71 вопрос, касающийся различных сторон Вашего поведения, привычек, самочувствия и т. д. Ответом на каждый вопрос являются утверждения ВЕРНО или НЕВЕРНО.

Внимательно читайте вопросы. Не спешите с ответом - время ответа не лимитировано, - но и не пытайтесь угадать «правильный» ответ. Помните, что нет «плохих» или «хороших» ответов, а есть лишь ответы, выражающие Ваше личное мнение. Важно лишь то, чтобы Вы отвечали на вопросы самостоятельно, не обсуждая их с другими людьми. Если утверждение по отношению к Вам бывает и ВЕРНО, и НЕ ВЕРНО в разных ситуациях или в разные периоды жизни, выбирайте тот ответ, что бывает чаще или является правильным в настоящее время. При сомнениях постарайтесь сделать наилучший предположительный выбор. При обработке результатов ответы на отдельные вопросы не учитываются - важна лишь общая картина ответов - поэтому можете быть совершенно откровенны».

Текст опросника

1. У меня хороший аппетит.
2. По утрам я обычно встаю свежим и отдохнувшим.
3. Моя повседневная жизнь полна событий, интересующих меня.
4. Работа дается мне ценой значительного напряжения.
5. Временами мне в голову приходят такие мысли, что лучше о них не рассказывать.

348

6. У меня редко бывают запоры.
7. Временами мне очень хотелось покинуть дом.
8. Временами у меня бывают приступы смеха и плача, которые я не могу контролировать.
9. Меня беспокоят приступы тошноты и рвоты.
10. Мне кажется, нет такого человека, который понимал бы меня.
11. Иногда мне хочется выругаться.
12. Кошмарные сны снятся мне почти каждую ночь.
13. Я замечаю, что стало трудно сосредоточиться на определенной задаче или работе.
14. У меня бывают очень странные необычные переживания.

15. Если бы люди не интриговали против меня, я бы добился гораздо большего.
16. В юности было время, когда я совершал мелкие кражи.
17. У меня бывали такие периоды, тянувшиеся дни, недели или даже месяцы, когда я не мог ни за что взяться, т. к. не мог включиться в работу.
18. У меня прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда я нахожусь среди людей, я слышу очень странные вещи.
20. Большинство знающих меня людей относятся ко мне холодно.
21. Мне часто приходилось выполнять указания людей, знающих меньше меня.
22. Другие мне кажутся счастливее меня.
22. Думаю, что многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия или помощи.
23. Бывает, что я сержусь.
24. Мне, безусловно, не хватает уверенности в себе.
23. У меня очень редко бывают мышечные судороги или подергивания (или не бывает совсем).
24. Большую часть времени у меня такое чувство, как будто я сделал что-то плохое или злое.
25. Большую часть времени я чувствую себя счастливым, довольным жизнью.

349

29. Некоторые люди так любят командовать, что мне хочется все сделать наоборот, даже если я знаю, что они правы. 30. Я знаю, что есть люди настроенные против меня.

31. Я считаю, что большинство людей ради выгоды готовы поступить нечестно.

32. Меня очень беспокоит желудок.

33. Часто я не могу понять, почему был таким упрямым и ворчливым.

34. Временами мои мысли текут быстрее, чем я успеваю их высказать.

35. Я считаю, что в моем доме жизнь идет не хуже, чем у большинства моих знакомых.

36. Временами я уверен в собственной

- бесполезности,
37. Последние несколько лет мое самочувствие в основном хорошее.
38. Иногда у меня бывают такие состояния, когда я не осознаю, что делаю.
39. Я считаю, что меня часто незаслуженно наказывали.
40. Я сейчас чувствую себя лучше, чем когда-либо в жизни.
41. Меня не беспокоит, что обо мне говорят другие.
42. С памятью у меня все благополучно.
43. Мне трудно поддерживать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился.
44. Большую часть времени я чувствую слабость.
45. У меня редко болит голова.
46. Мне не трудно сохранять равновесие при ходьбе.
47. Не все, кого я знаю, мне нравятся.
48. Есть люди, которые пытаются украсть мои мысли и идеи.
49. Я уверен, что моим проступкам нет прощения.
50. Я бы хотел быть не таким застенчивым.
51. Я часто замечаю за собой, что тревожусь о чем-то.
52. Мои родители часто не одобряли моих знакомств.
53. Иногда я могу посплетничать.
54. Временами я чувствую, что необыкновенно легко принимать решения.

350

55. Я почти никогда не замечал у себя приступов сердцебиения и одышки.
56. Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.
57. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, когда я не могу усидеть на одном месте.
58. Мои родители и другие члены моей семьи часто без всяких оснований ко мне придираются.
59. Никому нет дела до того, что с тобой случится.
60. Я не осуждаю человека за обман тех, кто позволяет себя обманывать.
61. Временами я бываю полон энергии.
62. За последнее время у меня ухудшилось зрение.
63. Часто у меня шумит и звенит в ушах.

64. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.
65. У меня бывают периоды беспричинной радости.
66. Большую часть времени я чувствую себя одиноким, да же находясь среди людей.
67. Думаю, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.
68. Я более обидчив, чем большинство людей.
69. Я замечаю, что стало трудно сосредоточиться на определенной задаче или работе.
70. Люди часто разочаровывают меня.
71. Я злоупотребляю спиртными напитками.

Обработка данных: 1) сравнив ответы испытуемого с ключом, подсчитать «сырые» баллы; 2) по специальному трафарету перевести «сырые» баллы в Т-показатели (См. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учеб. пособие. Самара: «БАХРА», 1998. С. 264-269).

Интерпретация:

Первая клиническая шкала (невротического сверхконтроля ипохондричности) позволяет уточнять такие личностные свойства, как склонность к контролю своих эмоций, ориентация в поведении на традиции, общепризнанные нормы, гиперсоциальность установок. При превышении уровня 70 Т шкала указывает на фиксированность внимания человека на внутренних ощущение-

351

ниях, склонность к преувеличению тяжести своего состояния, ипохондричность.

Вторая шкала (депрессии) отражает уровень снижения настроения, пессимистическую настроенность, опечаленность, удрученность собственным положением, желание уйти от решения сложных жизненных ситуаций. Превышение уровня 70 Т может говорить о клинически выраженной депрессии с чувством тоски, бесперспективности, суицидальными мыслями и намерениями.

Третья шкала (эмоциональной лабильности - истерии) указывает на выраженность неустойчивости фона настроения, склонности к драматизации событий, чувствительности. При показателях этой шкалы выше 70 Т можно отметить истерические черты поведения: демонстративность, «жажду признания», эгоцентризм, экзальтированность, инфантильность.

По четвертой шкале (социальной дезадаптации - психопатии) возможно обнаружение и подтверждение таких черт, как склонность к

импульсивности, конфликтности, недоучет объективных обстоятельств и ориентация на желания, а не на реальность. Показатель по 4 шкале выше 70 Т демонстрирует признаки социальной дезадаптации, конфликтность, агрессивность, выраженную импульсивность и потерю контроля за собственным поведением.

Пятая шкала (мужественности/женственности) указывает на выраженность свойств, характерных тому или иному полу.

Шестая шкала (аффективной ригидности — паранойи) регистрирует такие качества, как застреванность на отрицательных переживаниях, обидчивость, склонность к прямоте в общении, практичность, догматизм. Зашкаливание за 70 Т может быть подозрительным в отношении формирования у человека сверхценных или бредовых идей с чувством собственной ущемленности, враждебности со стороны окружающих.

Седьмая шкала (тревоги - психастении) демонстрирует выраженность психастенических черт характера, тревожности, мнительности, склонности к образованию навязчивых идей, а

352

при превышении 70 Т о дезорганизации поведения вследствие этих особенностей.

Восьмая шкала (индивидуалистичности - аутизма - шизофрении) отражает такие личностные качества, как своеобразие иерархии ценностей, отгороженность от окружающих, индивидуалистичность, трудности в общении. Превышение уровня 70 Т может указывать на выраженную дезорганизацию поведения, снижение реалистичности, склонность к аутистическому типу мышления.

По девятой (оптимизма/пессимизма) и десятой (интра-экстраверсии) возможна оценка данных качеств как в рамках психологических особенностей, так и при психической патологии.

При неврозах отмечается невротический наклон профиля — преобладают показатели первых трех шкал. Нередко им сопутствует повышение по 7 шкале. При истерических симптомах профиль личности по ММРІ приобретает вид «конверсионной пятерки» - при повышении трех шкал невротической триады лидируют первая и третья, а вторая несколько ниже, образуя вид латинской буквы V. При психопатиях, как правило, отмечается повышение по четвертой шкале. При психозах регистрируется повышение шкал психотической тетрады (4, 6, 8, 9). Кроме того, выделяют астенический и стенический тип профилей. В первом случае отмечается повышение по 2 и 7 шкалам, во втором - по 4, 6 и 9 шкалам. Депрессивный синдром психотического уровня отражается на ММРІ пиками по 2, 7 и 8 со снижением (отрицательным пиком) по 9 шкале,

маниакальный - пиками по 9 и 4 и снижением по 2 и 7 шкалам.

ЛОБИ (ЛЕНИНГРАДСКИЙ ОПРОСНИК БЕХТЕРЕВСКОГО ИНСТИТУТА)

Вводные замечания: Разработан сотрудниками Института им. В. М. Бехтерева (г. Санкт-Петербург). Опубликовано в 1983 г. Состоит из 12 наборов фраз-утверждений, касающихся различ-

353

ных аспектов систем отношений больного к лечению, медперсоналу, будущему, окружающему и т. д.

Цель работы: Оценка типов психического реагирования на соматические заболевания.

Оборудование: Инструкция, текст опросника, регистрационный бланк, нормативный трафарет.

Инструкция: Испытуемому предлагается выбрать из каждого раздела не более 3-х утверждений, которые отражают его мнение, либо ответ № 0.

Ход работы. Выбираемые номера ответов испытуемые заносят в регистрационный бланк, отмечая их кружками.

Текст опросника

САМОЧУВСТВИЕ

1. С тех пор, как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие.
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил.
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть.
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим.
5. У меня почти всегда что-нибудь болит.
6. Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений.
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания не приятностей.
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания.
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительное.
10. С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие.

ствие с приступами раздражительности и чувством тоски.

11. Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

354

НАСТРОЕНИЕ

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее.

2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным.

3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем.

4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти.

5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение.

6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия.

7. У меня стало совершенно безразличное настроение.

8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим.

9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточение и гнев.

10. Малейшие неприятности сильно задевают меня.

11. Из-за болезни у меня всегда тревожное настроение.

10. Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

СОН И ПРОБУЖДЕНИЕ ОТО СНА

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать.

2. Утро для меня - самое тяжелое время суток.

3. Если меня что-то тревожит, я долго не могу уснуть.

4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем.

5. Я сплю мало, но встаю бодрым; сны вижу редко.

6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером.

7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают тоскливые сновидения.

8. Бессонница у меня наступает периодически без особых причин.

9. Я не могу спокойно спать, если утром надо встать в определенный час.

10. Утром я встаю бодрым и энергичным.

355

11. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать.

12. По ночам у меня бывают приступы страха.

13. С утра я чувствую полное безразличие ко всему.

14. Я могу свободно регулировать свой сон.

15. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни.

16. Во сне мне видятся всякие болезни.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

АППЕТИТ И ОТНОШЕНИЕ К ЕДЕ

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях.

2. У меня хороший аппетит.

3. У меня плохой аппетит.

4. Я люблю сытно поесть.

5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде.

6. Мне легко можно испортить аппетит.

7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность.

8. Еда меня интересует прежде всего как средство поддерживать здоровье.

9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разрабатывал.

10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ

1. Моя болезнь меня пугает.

2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет.

3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью.

4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня.

5. Без конца думаю о всех возможных

осложнениях, связанных с болезнью.

356

6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет.

7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей.

8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают.

9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и да же еще больше.

10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи.

10. Я здоров, и болезни меня не беспокоят.

11. Моя болезнь протекает совершенно необычно — не так, как у других, и поэтому требует особого внимания.

13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым.

14. Я знаю, по чьей вине я заболел, и не прощу этого никогда.

15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ЛЕЧЕНИЮ

1. Избегаю всякого лечения - надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать.

2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением.

3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни.

1. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным.

4. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь.

5. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств, процедур, меня уговаривают на никчемную операцию.

6. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях с ними связанных.

2. От лечения мне становится только хуже.

9. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей.

10. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить.

11. Считаю, что меня лечат неправильно.

12. Я ни в каком лечении не нуждаюсь.

13. Мне надоело бесконечное лечение, хочу только, чтобы меня оставили в покое.

14. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми.

15. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ВРАЧАМ И МЕДПЕРСОНАЛУ

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному.

2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность.

1. Считаю, что заболел больше всего по вине врачей.

3. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат.

2. Мне все равно кто и как меня лечит.

4. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-то важное, что может повлиять на успех лечения.

3. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь.

5. Я обращаюсь то к одному то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения.

6. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии.

10. Я не раз убеждался, что врачи и медперсонал невнимательны и недобросовестно выполняют свои обязанности.

11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и персоналом и потом сожалею об этом.

10. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь.

12. Считаю, что врачи и медперсонал на меня попусту тратят время.

0. Ни одно из определений мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К РОДНЫМ И БЛИЗКИМ

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких меня перестали волновать.

2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду как я болен, чтобы не омрачать им настроения.

3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного.

4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды.

5. Мои родные не хотят понять тяжести моей болезни и не сочувствуют моим страданиям.

6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие.

7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими.

8. Из-за болезни потерялся всякий интерес к делам и волнениям близких и родных.

9. Из-за болезни я стал в тягость близким.

10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывают у меня неприязнь.

12. Я считаю, что заболел из-за моих родных.

13. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К РАБОТЕ (УЧЕБЕ)

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (не способным учиться).

2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения).

3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной.

4. Из-за болезни мне стало не до работы (не до учебы).

5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой).

6. Считаю, что болезнь моя из-за того, что работа (учеба) причинили вред моему здоровью.

7. На работе (по месту учебы) совершенно не

считаются с

моей болезнью и даже придираются ко мне.

8. Не считаю, что болезнь может помешать
моей работе
(учебе).

9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту
учебы) поменьше
бы знали и говорили о моей болезни.

10. Я считаю, что несмотря на болезнь,
надо продолжать
работу (учебу).

11. Болезнь сделала меня на работе (на
учебе) неусидчивым
и нетерпеливым.

12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть
о своей болезни.

13. Все удивляются и восхищаются тем,
что я успешно ра
ботаю (учусь) несмотря на болезнь.

14. Мое здоровье не мешает мне работать
(учиться) там, где
я хочу.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ОКРУЖАЮЩИМ

1. Мне хочется только, чтобы окружающие
оставили меня в
покое.

2. Когда я заболел, все обо мне забыли.

3. Здоровый вид и жизнерадостность
окружающих вызыва
ют у меня раздражение.

4. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали
моей болезни.

5. Мое здоровье не мешает мне общаться с
окружающими,
сколько мне хочется.

6. Мне бы хотелось, чтобы окружающие
испытали на себе,
как тяжело болеть.

7. Мне кажется, что окружающие сторонятся
меня из-за мо
ей болезни.

8. Окружающие не понимают моей болезни и
моих страда
ний.

9. Моя болезнь и то, как я ее переношу,
удивляют и пора
жают окружающих.

10. С окружающими я стараюсь не говорить
о моей болезни.

11. Мое окружение довело меня до
болезни, и я этого не
прощу.

12. Среди окружающих я теперь вижу,

как много людей
страдают от болезней.

13. Общение с людьми мне теперь стало
быстро надоедать и
даже раздражает меня.

14. Моя болезнь не мешает мне иметь
друзей.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ

1. Предпочитаю одиночество, потому что
одному мне ста
новится легче.

2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на
полное одино
чество.

3. В одиночестве я стараюсь найти какую-
нибудь интерес
ную и нужную работу.

4. В одиночестве меня начинают особенно
преследовать
нерадостные мысли о болезни, осложнениях,
предстоящих стра
даниях.

5. Часто, оставшись наедине, я скорее
успокаиваюсь: люди
меня стали сильно раздражать.

6. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться
от людей, а в
одиночестве скучаю по людям.

1. Избегаю одиночества, чтобы не думать о
своей болезни.

7. Мне стало все равно: что быть среди людей,
что оста
ваться в одиночестве.

8. Желание побыть одному зависит у меня от
обстоятельств
и настроения.

10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-
за опасений, свя
занных с болезнью.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К БУДУЩЕМУ

1. Болезнь делает мое будущее печальным и
унылым.

2. Мое здоровье не дает пока никаких
оснований беспоко
иться за будущее.

3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее,
даже в самых
отчаянных положениях.

4. Не считаю, что болезнь может существенно
отразиться на
моем будущем.

5. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем.

6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе).

7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем.

8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за мое будущее.

9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел.

10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывают тоска и раздражение на других людей.

11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

Регистрационный бланк

Ф.И.О. _____

Возраст _____ Пол м/ж

Самочувствие 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 0

Настроение 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 0

Сон и пробуждение ото сна 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

15 16 0

Аппетит и отношение к еде 1 2 3 4 5 6 7 8 9

10 0 Отношение к болезни 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 0 Отношение к лечению 1 2 3 4 5

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0 Отношение к врачам и медперсоналу 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

12 13 0

Отношение к родным и близким

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 0 Отношение к работе

(учебе) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 0

Отношение к окружающим 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

12 13 14 0 Отношение к одиночеству 1 2 3 4 5

6 7 8 9 10 0 Отношение к будущему 1 2 3 4

5 6 7 8 9 10 11 0

362

Обработка данных: За каждое совпадение выбранного ответа с нормативным (нормативы приведены ниже) начисляется один балл по тому или иному типу психического реагирования. Если в нормативном трафарете отмечены несколько типов на один ответ, то баллы начисляются по каждому из них.

Нормативный трафарет:

Самочувствие

Настроение

1.Т
2.З
3.Г
4.ПП
5.И
6.Н
7.Т
10.ТН
11.ТТО

Сон и
3.ТНО
4.А
11.СС
12.О
15.О

Отношение к
1.Т
2.АА
3.ФФ
4.С
5.ОО
6.И
7.П
8.З
9.РР

1.Ф
2.ННТЯ
3.ООС
4.Г
5.ИЯ
6.ТН
7.А
10.П

сна *Аппетит и отношение*
1.С
2.ФП
3.И
5.З
7.И
8.Р
9.И

Отношение к лечению
10.П
11.П
14.Г
0.ЗФР

363

10.И 11.З
12.ЯЯ
13.НН
14.П
15.Г

Отношение
к врачам и мед. персоналу

1.Г
2.И
3.П
8.Я
9.Г
10.НП

Отношение к работе (учебе) 1.А 5.С

7.О
8.Ф
9.Р
10.РР

Отношение к одиночеству 1.АС 5.НЯ

8.ИСЯЯ
9.ГФ
10.СЯ
0.Ф

*Отношение
к родным и близким*
2. СР
5. И
7. Я
12. ГРР

Отношение к окружающим 6.33 9. Я
14. И
15. Г

Отношение к будущему 1.АА 2. ЗФ 4.33 5.ГТ 7.
А 9.П

Анализ и интерпретация результатов:
Заключение о преобладающем типе психического реагирования на заболевание делается на основании сравнения полученных при обработке данных испытуемого по всем типам реагирования с минимальными диагностическими числами. Диагностируются лишь те типы, которые оказываются равными или превышающими соответствующее минимальное диагностическое число.

Тип реагирован	Г	Г	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	11
Минимальное диагностичес- кое число	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3
Показатели испытуемо													

Обозначения: Г - гармоничный, Т - тревожный, И - ипохондрический, М - меланхолический, А - апатический, Н - неврастенический, О - обсессивно-фобический, С - сенситивный, Я - эгоцентрический, Ф - эйфорический, З - анозогнозический, Р - эргопатический, П - паранойяльный.

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК (ПДО)

Вводные

замечания:

Патохарактерологический диагностический опросник разработан А. Е. Личко и В. Я. Ивановым (1970, 1983). Ориентирован на обследование подростков и молодых людей. Применяется для оценки выраженности девиантных и делинквентных форм поведения, а также акцентуаций характера.

Цель работы: Выявление типа акцентуации, т. е. черт характера, определяющих поведение, особенности мотивационной и эмоционально-волевой сфер личности.

Оборудование: Инструкция, текст опросника, ключи - коды, график результатов.

Инструкция: «Вам будет предложен ряд утверждений, объединенных по 25 различным темам, касающимся различных сторон Вашей жизни, поведения, привычек, интересов, самочувствия и т. д. Вначале просмотрите все утверждения, относящиеся к первой теме. Вам следует выбрать из них от одного до трех утверждений, которые Вы считаете наиболее верными по отно-

365

шению к себе, и указать их номера в специальном бланке. Затем переходите ко второй теме и т. д. После того как Вы ответите по всем 25 темам, Вы должны будете еще раз сделать выбор по каждой теме, но на этот раз от одного до трех утверждений, которые Вы считаете совершенно не подходящими для себя. Внимательно читайте утверждения. Не спешите с выбором - время тестирования не лимитировано, но и не пытайтесь угадать «правильный» ответ. Помните, что нет «плохих» или «хороших» ответов, а есть лишь ответы,

выражающие Ваше личное мнение. Важно лишь то, чтобы Вы делали выбор самостоятельно и как можно более искренне - только в этом случае тестирование даст полезный результат».

Ход работы: Следуя инструкции, обследуемый соотносит с собой каждое из утверждений и заносит номера выбираемых утверждений в специальный бланк

Текст опросника

САМОЧУВСТВИЕ

1. У меня почти всегда плохое самочувствие.
2. Я всегда себя чувствую бодрым и полным сил.
1. Недели хорошего самочувствия чередуются у меня с неделями, когда я чувствую себя плохо.
2. Мое самочувствие часто меняется - иногда по несколько раз в неделю.
3. У меня почти всегда что-нибудь болит.
3. Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений и беспокойств.
4. Плохое самочувствие появляется у меня от волнений и ожидания неприятностей.
4. Я легко переношу боль и физические страдания.
5. Мое самочувствие вполне удовлетворительно.
10. У меня случаются приступы плохого самочувствия с раздражительностью и чувством тоски.
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие.

366

12. Я очень плохо переношу боль и физические страдания и очень их боюсь.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

НАСТРОЕНИЕ

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее.
2. Мое настроение легко меняется от незначительных причин.
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в себе.
4. Мое настроение очень зависит от общества, в котором я нахожусь.
5. У меня почти всегда плохое настроение.
6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия.
7. Мое настроение улучшается, когда меня

- оставляют одного.
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим.
9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев.
10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня.
11. Периоды очень хорошего настроения сменяются у меня периодами плохого настроения.
12. Мое настроение обычно такое же, как у окружающих людей.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

СОН И СНОВИДЕНИЯ

1. Я сплю хорошо, а сновидениям значения не придаю.
2. Сон у меня богат яркими сновидениями.
3. Перед тем как уснуть, я люблю помечтать.
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем.
5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко.
6. Сон у меня очень крепкий, но иногда бывают жуткие, кошмарные сновидения.
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения.
8. Бессонница у меня наступает периодически без особых причин.

367

9. Я не могу спокойно спать, если утром надо вставать в определенный час.
10. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть.
11. Я часто вижу разные сны - то радостные, то неприятные.
12. По ночам у меня бывают приступы страха.
13. Мне часто снится, что меня обижают.
14. Я могу свободно регулировать свой сон.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ПРОБУЖДЕНИЕ ОТО СНА

1. Мне трудно проснуться в назначенный час.
2. Просыпаюсь с неприятной мыслью, что надо идти на работу или на учебу.
3. В одни дни я встаю веселым и жизнерадостным, в другие - без всякой причины с утра угнетен и уныл.
4. Я легко просыпаюсь, когда мне нужно.

5. Утро для меня — самое тяжелое время суток.
6. Часто мне не хочется просыпаться.
7. Проснувшись, я нередко еще долго переживаю то, что видел во сне
8. Периодами я утром чувствую себя бодрым, периодами - разбитым.
7. Утром я встаю бодрым и энергичным.
10. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером.
10. Нередко бывало, что, проснувшись, я не мог сразу сообщить, где я и что со мной.
11. Я просыпаюсь с мыслью, что сегодня надо будет сделать.
11. Проснувшись, я люблю полежать в постели и помечтать.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

АППЕТИТ И ОТНОШЕНИЕ К ЕДЕ

1. Неподходящая обстановка, грязь и разговоры о неаппетитных вещах никогда не мешали мне есть.
2. Периодами у меня бывает волчий аппетит, периодами ни чего есть не хочется.
3. Я ем очень мало, иногда долго ничего не ем.

368

4. Мой аппетит зависит от настроения: то ем с удовольствием, то нехотя и через силу.
5. Я люблю лакомства и деликатесы.
6. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях.
7. У меня хороший аппетит, но я не обжора.
8. Есть кушанья, которые вызывают у меня тошноту и рвоту.
9. Я предпочитаю есть немного, но очень вкусное.
10. У меня плохой аппетит.
11. Я люблю сытно поесть.
12. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде.
13. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность.
14. Мне легко можно испортить аппетит.
15. Еда меня интересует прежде всего как средство поддержания здоровья.
16. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал.
17. Я плохо переношу голод - быстро слабею.
18. Я знаю, что такое чувство голода, но не

знаю, что такое
аппетит.

19. Еда не доставляет мне большого
удовольствия.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К СПИРТНЫМ НАПИТКАМ

1. Мое желание выпить зависит от настроения.

2. Я избегаю пить спиртное, чтобы не
проболтаться.

3. Периодами я выпиваю охотно, периодами
меня к спирт
ному не тянет.

4. Люблю выпить в веселой хорошей компании.

5. Я боюсь пить спиртное, потому что, опьянев,
могу вы
звать насмешки и презрение.

6. Спиртное не вызывает у меня веселого
настроения.

7. К спиртному я испытываю отвращение.

8. Спиртным я стараюсь заглушить приступ
плохого на
строения, тоски или тревоги.

9. Я избегаю пить спиртное из-за плохого
самочувствия и
сильной головной боли впоследствии.

369

10. Я не пью спиртного, так как это
противоречит моим
принципам.

11. Спиртные напитки меня пугают.

12. Выпив немного, я особенно ярко
воспринимаю окру
жающий мир.

13. Я выпиваю со всеми, чтобы не
нарушать компанию.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

1. Половое влечение меня мало беспокоит.

2. Малейшая неприятность подавляет у меня
половое влече
ние.

3. Я предпочитаю жить мечтами о подлинном
счастье, чем
разочаровываться в жизни.

4. Периоды сильного полового влечения
чередуются у меня
с периодами холодности и безразличия.

5. В половом отношении я быстро возбуждаюсь,
но быстро
успокаиваюсь и охлаждаюсь.

6. При нормальной семейной жизни не
существует никаких
половых проблем.

7. У меня сильное половое влечение, которое
мне трудно
сдерживать.

- 8.Моя застенчивость мне очень сильно мешает.
- 9.Измены бы я никогда не простил.
10. Я считаю, что половое влечение нельзя сдерживать, иначе оно мешает плодотворной работе.
11. Наибольшее удовольствие мне доставляет флирт и ухаживание.
12. Я люблю анализировать свое отношение к половым проблемам, свое собственное влечение.
13. Я нахожу ненормальности в своем половом влечении и стараюсь бороться с ними.
14. Считаю, что половым проблемам не следует придавать большого значения.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

370

ОТНОШЕНИЕ К ОДЕЖДЕ

- 1.Люблю костюмы, яркие и броские.
- 2.Считаю, что одетым надо всегда быть прилично, потому что «встречают по одежке».
- 3.Для меня главное, чтобы одежда была удобной, аккуратной и чистой.
- 4.Люблю одежду модную или необычную, которая невольно привлекает взоры.
- 5.Никогда не следую общей моде, а ношу то, что мне самому понравится.
- 6.Люблю одеться так, чтобы было к лицу.
- 7.Не люблю слишком модничать, считаю - надо одеваться как все.
- 8.Часто беспокоюсь, что мой костюм не в порядке.
- 9.Об одежде я мало думаю.
10. Мне часто кажется, что окружающие осуждают меня за мой костюм.
10. Предпочитаю темные и серые тона.
12. Временами одеваюсь модно и ярко, временами своей одеждой не интересуюсь.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ДЕНЬГАМ

- 1.Нехватка денег меня раздражает.
- 2.Деньги меня совершенно не интересуют.
- 3.Очень огорчаюсь и расстраиваюсь, когда денег не хватает.
- 4.Не люблю заранее рассчитывать все расходы, легко беру

в долг, даже если знаю, что к сроку отдать мне будет трудно.

5. Я очень аккуратен в денежных делах, и зная неаккуратность многих, не люблю давать в долг.

6. Если у меня взяли в долг, я стесняюсь об этом напомнить.

7. Я всегда стараюсь оставить деньги про запас на непредвиденные расходы.

8. Деньги мне нужны только для того, чтобы как-нибудь прожить.

9. Стараюсь быть бережливым, но не скупым, люблю тратить деньги с толком.

371

10. Всегда боюсь, что мне не хватит денег, и очень не люблю брать в долг.

11. Периодами я к деньгам отношусь легко и трачу их не задумываясь, периодами пугаюсь остаться без денег.

12. Я никогда и никому не позволю ущемлять меня в деньгах.

10. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К РОДИТЕЛЯМ

1. Очень боюсь остаться без родителей.

2. Я считаю, что родителей надо уважать, даже если хранишь против них в сердце обиду,

3. Люблю и привязан, но бывает, сильно обижаюсь и даже ссорюсь.

4. В одни периоды мне кажется, что меня слишком сильно опекали, в другие - укоряю себя за непослушание и причиненные родным огорчения.

5. Мои родители не дали мне того, что необходимо в жизни.

6. Упрекаю их в том, что в детстве они недостаточно уделяли внимания моему здоровью.

7. Очень люблю (любил) одного из родителей.

8. Я люблю их, но не переношу, когда мною распоряжаются и командуют.

9. Я очень люблю мать и боюсь, что с нею что-нибудь случится.

10. Упрекаю себя за то, что недостаточно сильно люблю (любил) родителей.

11. Они меня слишком притесняли и во всем навязывали свою волю.

10. Мои родные меня не понимают и кажутся мне чужими.
11. Я считаю себя виноватым перед ними.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ДРУЗЬЯМ

1. Мне не раз приходилось убеждаться, что дружат из выгоды.
2. Хорошо себя чувствую с тем, кто мне сочувствует.
3. Для меня важен не один друг, а дружный коллектив.

372

4. Я ценю такого друга, который умеет меня выслушать, приободрить, вселить уверенность, успокоить.
5. О друзьях, с кем пришлось расстаться, я долго не скучаю и быстро нахожу новых,
6. Я чувствую себя таким больным, что мне не до друзей.
7. Моя застенчивость мешает мне подружиться с тем, с кем хотелось бы.
8. Я легко завязываю дружбу, но часто разочаровываюсь и охлаждаю.
9. Я предпочитаю тех друзей, которые внимательны ко мне.
10. Я сам выбираю себе друга и решительно бросаю его, если разочаровываюсь в нем.
11. Я не могу себе найти друга по душе.
12. У меня нет никакого желания иметь друга.
13. Периодами я люблю большие дружеские компании, периодами избегаю их и ищу одиночества.
14. Жизнь научила меня не быть слишком откровенным даже с друзьями.
15. Люблю иметь много друзей и тепло отношусь к ним.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ОКРУЖАЮЩИМ

1. Я окружен глупцами, невеждами и завистниками.
2. Окружающие мне завидуют и потому ненавидят меня.
3. В одни периоды мне хорошо с людьми, в другие периоды они меня тяготят.
4. Я считаю, что самому не следует выделяться среди окружающих.
5. Стараюсь жить так, чтобы окружающие не

могли сказать
обо мне ничего плохого.

6. Мне кажется, что окружающие меня
презирают и смотрят
на меня свысока.

7. Легко схожусь с людьми в любой обстановке.

8. Больше всего со стороны окружающих я ценю
внимание
к себе.

9. Я быстро чувствую хорошее или
недоброжелательное от
ношение к себе и так же отношусь сам.

373

10. Я легко ссорюсь, но быстро и мирюсь.

11. Я часто подолгу размышляю, правильно
или неправильно
но я что-нибудь сказал или сделал в отношении
окружающих.

12. Людское общество меня быстро
утомляет и раздражает.

13. От окружающих я стараюсь держаться
подальше.

14. Я не знаю своих соседей и не
интересуюсь ими.

15. Мне часто кажется, что окружающие
подозревают меня
в чем-то плохом.

16. Мне приходилось от окружающих
терпеть много обид и
обманов, и это всегда настораживает меня.

17. Мне часто кажется, что окружающие
смотрят на меня
как на никчемного и ненужного человека.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К НЕЗНАКОМЫМ ЛЮДЯМ

1. Я отношусь настороженно к незнакомым
людям и не
вольюно опасаюсь зла.

2. Бывает, что совершенно незнакомый человек
мне сразу
внушает доверие и симпатию.

3. Я избегаю новых знакомств.

4. Незнакомые люди внушают мне беспокойство
и тревогу.

5. Прежде чем познакомиться, я всегда хочу
узнать, что это
за человек, что говорят о нем люди.

6. Я никогда не доверяюсь незнакомым людям и
не раз убе
ждался, что в этом я прав.

7. Если незнакомые проявляют интерес ко мне,
то и я с ин
тересом отношусь к ним.

8. Незнакомые люди меня раздражают, к
знакомым я уже
как-то привык.

9. Я охотно и легко завожу новые знакомства.

10. Временами я охотно знакомлюсь с новыми людьми, временами ни с кем знакомиться не хочется.
11. В хорошем настроении я легко знакомлюсь, в плохом - избегаю знакомств.
12. Я стесняюсь незнакомых людей и боюсь заговорить первым.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

374

ОТНОШЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ

1. Я считаю, что всякий человек не должен отрываться от коллектива.
2. В одиночестве я чувствую себя спокойнее.
3. Я не переношу одиночества и всегда стремлюсь быть среди людей.
4. Периодами мне лучше среди людей, периодами предпочитаю одиночество.
5. В одиночестве я размышляю или беседую с воображаемым собеседником.
6. В одиночестве я скучаю по людям, а среди людей быстро устаю и ищу одиночества.
7. Большей частью я хочу быть на людях, но иногда хочется побыть одному.
8. Я не боюсь одиночества.
9. Я боюсь одиночества и тем не менее так получается, что нередко оказываюсь в одиночестве.
10. Я люблю одиночество.
11. Одиночество я переношу легко, если только оно не связано с неприятностями.
0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К БУДУЩЕМУ

1. Я мечтаю о светлом будущем, но боюсь неприятностей и неудач.
2. Будущее кажется мне мрачным и бесперспективным.
3. Я стараюсь жить так, чтобы будущее было хорошим.
4. В будущем меня больше всего беспокоит мое здоровье.
5. Я убежден, что в будущем исполнятся мои желания и планы.
6. Не люблю много раздумывать о своем будущем.
7. Мое отношение к будущему часто и быстро меняется: то

строю радужные планы, то будущее мне кажется мрачным.

8. Я утешаю себя тем, что в будущем исполнятся все мои желания.

9. Я всегда невольно думаю о возможных неприятностях и бедах, которые могут случиться в будущем.

375

10. Мои планы на будущее я люблю разрабатывать в мельчайших деталях, и во всех деталях стараюсь их осуществить.

11. Я уверен, что в будущем докажу всем свою правоту.

12. Я живу своими мыслями, и меня мало волнует, каким в действительности окажется мое будущее.

13. Периодами мое будущее кажется мне светлым, периодами - мрачным.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К НОВОМУ

1. Периодами я легко переношу перемены в своей жизни и даже, люблю их, но периодами начинаю их бояться и избегать.

2. Новое меня привлекает, но вместе с тем беспокоит и тревожит.

3. Я люблю перемены в жизни - новые впечатления, новых людей, новую обстановку.

4. У меня бывают моменты, когда я жадно ищу новые впечатления и новые знакомства, но бывает, когда я избегаю их.

5. Я люблю сам придумывать новое, все переиначивать и делать по-своему, не так, как все.

6. Новое меня привлекает, но часто быстро утомляет и надоедает.

7. Не люблю всяких новшеств, предпочитаю раз установленный твердый порядок.

8. Я боюсь перемен в жизни: новая обстановка меня пугает.

9. Новое приятно, если только обещает для меня что-то хорошее.

10. Меня привлекает лишь то новое, что соответствует моим принципам и интересам.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К НЕУДАЧАМ

1.Свои неудачи я переживаю сам и ни у кого не ищу сочувствия и помощи.

2.Периоды, когда я активно борюсь с неудачами, чередуются у меня с периодами, когда у меня от малейших неудач опускаются руки.

376

3.Неудачи приводят меня в отчаяние.

4.Неудачи вызывают у меня сильное раздражение, которое я изливаю на невинных.

5.Если случается неудача, я всегда ищу, что же я сделал не правильно.

6.Неудачи вызывают у меня протест и негодование и желание их преодолеть.

7.Если в моих неудачах кто-то виноват, я не оставляю его безнаказанным.

8.При неудачах мне хочется убежать куда-нибудь подальше и не возвращаться.

9.Бывает, что малейшие неудачи приводят меня в уныние, но бывает, что серьезные неприятности я переношу стойко.

10. Неудачи меня угнетают, и я прежде всего виню самого себя.

11. Неудачи меня не задевают, я не обращаю на них внимания.

12. При неудачах я еще больше мечтаю о свершении своих желаний.

13. Я считаю, что при неудачах нельзя отчаиваться.

0.Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ПРИКЛЮЧЕНИЯМ И РИСКУ

1. Люблю всякие приключения, даже опасные, охотно иду на риск.

2. Я много раз взвешиваю все «за» и «против» и все никак не решаюсь рискнуть.

3.Мне не до приключений, а рискую я только, если к этому принуждают обстоятельства.

4.Я не люблю приключений и избегаю риска.

5.Я люблю мечтать о приключениях, но не ищу их в жизни.

6.Временами я люблю приключения и часто рискую, но временами приключения и риск становятся мне не

по душе.

7. Приключения я люблю только веселые и те, что хорошо кончаются, а рисковать не люблю.

8. Я специально не ищу приключений и риска, но иду на них, когда этого требует мое дело.

377

9. Приключения и риск меня привлекают, если в них мне достается первая роль.

10. Бывает, что риск и азарт меня совершенно опьяняют.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЮ К ЛИДЕРСТВУ

1. Я могу идти впереди других в рассуждениях, но не в действиях

2. Я люблю быть первым в компании, руководить и направлять других.

3. Я люблю опекать кого-либо одного, кто мне понравится.

4. Я всегда стремлюсь учить людей правилам и порядку.

5. Одним людям я нехотя подчиняюсь, другими командую сам.

6. Периодами я люблю «задавать тон», быть первым, но периодами мне это надоедает.

7. Я люблю быть первым там, где меня любят; бороться за первенство я не люблю.

8. Я не умею командовать другими.

9. Я не люблю командовать людьми - ответственность меня пугает.

10. Всегда находятся люди, которые слушаются меня и признают мой авторитет.

11. Я люблю быть первым, чтобы мне подражали, за мной бы следовали.

12. Я охотно следую за авторитетными людьми.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К КРИТИКЕ И ВОЗРАЖЕНИЯМ

1. Я не слушаю возражений и критики и всегда думаю и делаю по-своему.

2. Слушая возражения и критику, я ищу довода в свое оправдание, но не всегда решаюсь его высказать.

3. Возражения и критика меня особенно раздражают, когда

я устал и плохо себя чувствую.

4. Критика и осуждения в мой адрес лучше равнодушия и пренебрежения ко мне.

378

5. Не люблю, когда меня критикуют и мне возражают - сержусь и не всегда могу сдержать свой гнев.

6. Когда меня критикуют или мне возражают, это меня сильно огорчает и приводит в уныние.

7. От критиков мне хочется убежать подальше.

8. В одни периоды критику и возражения переношу легко, в другие - очень болезненно.

9. Возражения и критика меня очень огорчают, если они резкие и грубые по форме, даже если они касаются мелочей.

10. Я не слышал еще справедливой критики в свой адрес или справедливых возражений моим доводам.

10. Я стараюсь правильно реагировать на критику.

11. Я убедился, что критикуют обычно только для того, что бы тебе напакостить или самим выдвинуться.

13. Если меня критикуют или мне возражают, мне всегда начинает казаться, что другие правы, а я - нет.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ОПЕКЕ И НАСТАВЛЕНИЯМ

1. Я слушаю наставления только тех, кто имеет на это право.

2. Я охотно слушаю те наставления, которые касаются моего здоровья.

3. Не выношу, когда меня опекают и за меня все решают.

4. Я не нуждаюсь в наставлениях.

5. Я охотно слушаюсь того, кто, знаю, меня любит.

6. Я стараюсь слушать полезные наставления, но это не всегда у меня получается.

7. Временами все наставления пролетают мимо моих ушей, а временами я ругаю себя за то, что не слушал их раньше.

8. Совершенно не переношу наставления, если они делают ся начальственным тоном.

9. Я внимательно слушаю наставления и не противлюсь, когда меня опекают.

10. Я охотно слушаю те наставления, что мне приятны, и не

переношу тех, что мне не по душе.

11. Я люблю, когда обо мне заботятся, но не люблю, чтобы мною командовали.

379

12. Я не решаюсь прервать даже вовсе никчемные для меня наставления или избавиться от ненужного для меня покровительства.

13. Наставления вызывают у меня желание делать все на оборот.

14. Я допускаю опеку над собой в повседневной жизни, но не над моим душевным миром.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит

ОТНОШЕНИЕ К ПРАВИЛАМ И ЗАКОНАМ

1. Когда правила и законы мне мешают, это вызывает у меня раздражение.

2. Всегда считаю, что для интересного и заманчивого дела всякие правила и законы можно обойти.

1. Логически обоснованные правила я стараюсь соблюдать.

3. Я часто боюсь, что меня по ошибке примут за нарушителя законов.

2. Ужасно не люблю всякие правила, которые меня стесняют.

4. Периоды, когда я не очень слежу за тем, чтобы соблюдать все правила и законы, чередуются с периодами, когда я упрекаю себя за недисциплинированность.

5. Всякие правила и распорядки вызывают у меня желание нарочно их нарушать.

3. Правила и законы я всегда соблюдаю.

4. Всегда слежу за тем, чтобы все соблюдали правила.

10. Часто упрекаю себя за то, что нарушал правила и не строго соблюдал законы.

11. Я стремлюсь соблюдать правила и законы, но это не всегда мне удается.

12. Строго следую тем правилам, которые считают справедливыми, борюсь с теми, которые считаю несправедливыми.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОЦЕНКА СЕБЯ В ДЕТСТВЕ

1. В детстве я был робким и плаксивым.

2. Очень любил сам сочинять всякие сказки и

фантастиче
ские истории.

3. В детстве я избегал шумных подвижных игр.

380

4. Я был как все дети и ничем не отличался от
моих сверст
ников.

5. Периодами мне кажется, что в детстве я был
живым и ве
селым, периодами начинаю думать, что был
очень непослуш
ным и беспокойным.

6. Я с детства был самостоятельным и
решительным.

7. В детстве я был веселым и отчаянным.

8. В детстве я был обидчивым и чувствительным.

9. В детстве я был очень непоседливым и
болтливым.

10. В детстве я был таким же, как сейчас:
меня легко было
огорчить, но легко успокоить и развеселить.

11. С детства я стремился к аккуратности и
порядку.

12. В детстве я любил играть один или
смотреть издали, как
играют другие дети.

13. В детстве я больше любил беседовать со
взрослыми, чем
играть с ровесниками.

14. В детстве я был капризным и
раздражительным.

15. В детстве я плохо спал и плохо ел.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ШКОЛЕ

1. Любил вместо школьных занятий отправиться
с прияте
лями погулять или сходить в кино.

2. Сильно переживал замечания и отметки,
которые меня не
удовлетворяли.

3. В младших классах любил школу, потом она
стала меня
тяготить.

4. Периодами любил школу, периодами она мне
начинала
надоедать.

5. Не любил школу, потому что все педагоги
относились ко
мне несправедливо.

6. Школьные занятия меня очень сильно
утомляли.

7. Больше всего любил школьную
самодеятельность.

8. Любил школу, потому что там была веселая
компания.

9. Стеснялся ходить в школу: боялся насмешек и
грубости.

10. Очень не любил физкультуры.

381

1]. Посещал школу регулярно и всегда активно участвовал в общественной работе.

12. Школьная обстановка меня очень тяготила.

13. Старался аккуратно выполнять все задания.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОЦЕНКА СЕБЯ В ДАННЫЙ МОМЕНТ

1. Мне не хватает холодной рассудительности.

2. Временами я доволен собой, временами ругаю себя за не решительность и вялость.

3. Я слишком мнителен, без конца тревожусь и беспокоюсь обо всем.

4. Я не виновен в том, что возбуждаю зависть у других.

5. Мне не хватает усидчивости и терпения.

6. Считаю, что я ничем не отличаюсь от большинства людей.

7. Мне не хватает решительности.

8. Я не вижу у себя больших недостатков.

9. В хорошие минуты я вполне доволен собой, в минуты дурного настроения мне кажется, что мне не хватает то одного, то другого качества.

10. Я слишком раздражителен.

11. Другие находят у меня крупные недостатки, я считаю, что они преувеличивают.

12. Я страдаю от того, что меня не понимают.

13. Я чрезмерно чувствителен и обидчив.

0. Ни одно из определений ко мне не подходит.

Обработка данных: Используя приведенные ниже ключи -коды, производится оценка тех или иных особенностей испытуемого.

Самочувствие		
1	А	
2	Г	d
3	И	
4	И(?)	
5	АА	
8	И	
9	ИИ	
10		С

Настроение		
1	ГН	
2	И	Г
6	ПА	
7	ИИ	
10	СН	И
И	Т	
12		d

Сон сноведения		
1	ГН	
2		Э
3	К	
4	Ad	В
5		И
6	И	
7	А	
10	ЛА	
14		А

382

Пробуждени е ото сна			Аппетит и отношение к			Отношени е к		
1	Э	Л	1	Ш		1	+2	Ц
2		К	2	Т		3	+1	
3	Т		3	А	ИЭ	4	ГГ +2	С -1
4	Ц		5	ЛЛП		5	-1	+2
7		Л	6	СТ		6	-1	+1
8	П		11	Н		7	С - 3	ЦЛ +2
						8	+1	
9	ПН		16		И	9	П	
11	d		17	Ц		10	СШ з	+1
12	Ц					11		И
						12	ИИ	
						13	А	П
						0		ОЭ

Сексуальны е проблемы			Отношени е к			Отношение к деньгам		
1	НН		1		АВ	2	Ц	ЭИП
2		Ц	4	ИИ	К	4	И	
5		НН	5	АС" ¹		6	ЛА	И
7		КВ	6	К				
8		ИИ						
11		ПС						
13	ТТГ	ГЛ						
14	ЛИ							

Отношени е к			Отношени е к			Отношение к		
1	П		1	П		2		Э
3	ППВ		3	ГЦ		7	Г	С
5	Е	К	4	К		10	В	С
8	Е		6			13		П
9	ПН		7	ЕЕ		16	d	
11	Е	ГЛП	12	П				
12	ШЕ(		14	П				
13	3d		15	А				
0	ОЕ							

Отношение к		
1	ЭЭ	Г
2		ээ
8	Ц	пп
9	ГЦ	с
12	СС	

Отношение к		
1	Н	ш
2	СШ	
3	ГЭН	СП
4	ЛА	
5		эи
6	d	
8	Ш	
11	Л	

Отношение к будущему		
5	ГТ	
7	п	
8	э	
10		п
11	d	

Отношение к новому		
5	ш	
6		Э
7		ИД
8	d	
9	ЛЭ	
10	ППШ	

Отношение к		
1	шш	ПП
2		ЭЭ
3	э	В
5	и	
7	ЭЭd	
8		п
10	И(?)	Ц
13	К	

Отношение к риску		
1	Г	СС
2	С	
3	С	
5		ээ
6	в	
9	Г	
10		пш

Отношение к лидерству		
1	Ц	
4		и
7	ПП	
8	ЛС	
9		и

Отношение к		
1	ШШ	К
5	Е	Л
7	НЕd	
8	Т	
9	А	
10	Е	ПП
11	Ц	d
	Е	И
0	ОЕ	АО

Отношение к опеке		
1	ЦП	
2	ЭЭ	
3	ДЕ	
4	Е	
6	ЦЛ	
8	Е	
9		И
11	ИИ	
12		И
13	Е	
14	Е	
0	ОЕ	

Отношение к		
1	Е	К
2	ГТЕ	С
4	d	Г
5	Е	Л
7	Е	И
8		ddd
9		И
10	d	
11	Л	
0	ОЕ	

384

Оценка себя в		
2	Г	
4	Д	ц
7	Г	с
8	СС	
10	П	
11		ИИ
12		П
13	И	
14	ЭЭ	П

Отношение к школе 1		
ГЭИ 2	Э	
ЭЭН 3	Ц 6	
d 9		
Н		
11	???	
13	Ц	d

Оценка себя в данный момент		
1		Г
2	ТТ 3	
А 6		
ПП 8	ЭИ	
А 11	d 12	
ШИ 13	С	

Обозначения:

Типы акцентуаций характера

Г - гипертимный
Ц - циклотимный
Л - лабильный
А - астено-невротический
С - сенситивный
П - психастенический
Ш - шизоидный
Э — эпилептоидный
И - истероидный
Н - неустойчивый
К - конформный

385

Дополнительные показатели

Д - показатель диссимуляции.
Т - показатель откровенности.
В - показатель черт характера, присущих органическим психопатиям.
Е - степень отражения реакции эмансипации в самооценке.
d - показатель психологической склонности к делинквентности.

Анализ и интерпретация результатов:

Определение степени конформности

Если $K = 1$ или $K = 0$, то это свидетельствует о низкой конформности или даже о неконформизме. В самооценке это наиболее присуще представителям шизоидного и истероидного типов. При $K = 2$ или $K = 3$ конформность умеренная, при $K = 4$ и $K = 5$ - средняя, а при $K = 6$ и более - высокая.

Определение негативного отношения к исследованию Величина показателя 0, равная 6 и более баллам, свидетельствует о скрытом негативном отношении к исследованию. Надежность правильности диагностики типа при этом снижается.

Определение возможной склонности к диссимуляции Если показатель Д

превышает показатель Т на 4 и более баллов, то это свидетельствует в пользу возможной диссимуляции. Констатация возможной диссимуляции снижает надежность диагностики типа и практически полностью исключает правильную диагностику типов Ц и К. Сам по себе высокий показатель Д, особенно если $D = 6$ и более баллам, наиболее часто встречается у представителей типа И.

Диагностика органической природы психопатии или акцентуации характера

Указание на возможную органическую природу может быть получено с помощью индекса В (Brain minimal damage), если его величина равна 5 и более баллам. Показатель $B < 5$ не исключает

386

ет органического генеза, т. к. лишь у 45 % органических психопатий показатель $B = 5$ и более баллам. Обратная ошибка (B большее и равен) при отсутствии каких-либо признаков органического резидуума, черепно-мозговых травм, инфекций или тяжелых нейроинтоксикаций в анамнезе не превышает 8 %. Высокий индекс В часто встречается также у представителей типа Э.

Оценка реакции эмансипации,

точнее ее отражение в самооценке, но не в поведении, проводится на основании показателя Е; если он равен 0 или 1 - реакция эмансипации слабая, если $E = 2$ или 3 - типы С и П не диагностируются независимо от числа баллов в их пользу, т. к. представителям этих типов выраженная реакция эмансипации не свойственна. Высокий показатель Е, равный 6 и более баллам, чаще всего встречается у представителей типов Ш и И. По-видимому, это связано с нередко присущим представителям этих типов нонконформизмом. Следует отметить, что у гипер-тимного типа реакция эмансипации нередко бывает сильно выражена в поведении, но ее отражение в самооценке гораздо более умеренное.

Оценка психологической склонности к делинквентности на основании показателя d неодинакова для подростков мужского и женского пола и для представителей разных типов. В данном коде даны баллы для подростков мужского пола. Низкий балл делинквентности вовсе не свидетельствует об отсутствии склонности к ней (кроме случаев, где диагностирован тип С). Указанием на возможную склонность к делинквентности служит показатель d, если он равен 4 баллам и более. При типах Ш и Н склонность к делинквентности не может быть определена с помощью данного показателя. У представителей типа Ш этот показатель может быть весьма высоким без всякой склонности к делинквентности. При типе Н он обычно низок, но представители этого типа не нуждаются в выявлении склонности к делинквентности с помощью особого показателя, т. к. в условиях без-

387

надзорности они, как правило, обнаруживают делинквентное поведение.

Оценка психологической склонности к алкоголизации Цифровые баллы за выборы, сделанные по теме «Отношение к спиртным напиткам» в 1 и 2 исследованиях, суммируются алгебраически, т. е. с учетом знака. При суммарной величине +2 и выше можно говорить о наличии психологической склонности к употреблению спиртных напитков. Очень высокие показатели (+6 и выше) свидетельствуют не об интенсивной алкоголизации, а о

стремлении демонстрировать свою склонность к выпивкам (чаще встречается у представителей типа И). Отрицательная величина говорит об отсутствии психологической склонности к алкоголизации, величина, равная 0 или +1, является неопределенным результатом.

График

Примечание: знаком * отмечены дополнительные баллы в пользу типа Ш,
1 балл за К = 1 и 1 балл за d = 6.

Для подсчета баллов суммируются баллы, полученные в 1 и во 2 исследованиях.

10																		
9							*											
8							*											
7							x											
6							x											x
5							x						x					x
4			x		x	x	x	x		x			x			x	x	
3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x			x	x	
2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x			x	x	
1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Г	Ц	Л	А	С	П	Ш	Э	И	Н	К	О	Д	Т	В	Е	d	

388

Дополнительные баллы, начисляемые по шкале объективной оценки.

Показатели по графику шкалы	Начисляемые баллы
Г = 0 или 1	П,С
О 6	Л
А > 4	п
П = 0 или 1	н
Н = 0 или 1	п
К = 0	ш ш и
К = 1	ш
Д > 6	н
Т > п	п п п
В = 5	Г Э
В > 6	э э
Е > 6	ш и
d > 5	ш

Примечания: знак «>» обозначает больше или равно.

Наличие ошибок в выборках (один и тот же номер выбора на одну тему в 1 и 2 исследованиях): за 1 ошибку - Э; за 2 и более - Э, Э.

Литература

1. Бурлачук Л. Ф., Морозов СМ. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер Ком, 1999. С. 241-243.
2. Личко А. Е., Иванов Н. Я. Диагностика характера подростка. М., 1995.

389

Раздел V

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ (предлагаются в компьютерном варианте)

1. По определению ВОЗ, здоровье - это не только отсутствие болезней и физических дефектов, но и:

- 1) хорошая иммунная система
- 2) ощущение душевного благополучия
- 3) ощущение физического благополучия
- 4) отличная спортивная форма
- 5) ощущение социального благополучия

2. По мнению К. К. Платонова, медицинская психология включает все ниже перечисленные разделы, кроме:

- 1) психогигиена
- 2) психопрофилактика
- 3) нейропсихология
- 4) клиническая психология
- 5) патопсихология

3. Выберите из перечисленных задач, которые решает психолог в медицине:

- 1) психопрофилактические
- 2) психодиагностические
- 3) психотерапевтические
- 4) экспертные
- 5) реабилитационно-восстановительные
- 6) коррекционные

4. Система мероприятий медицинского, психологического и социально-экономического характера, направленных на восстановление социально-группового статуса больного, обозначается термином {.....}

390

5. Совокупность методов исправления черт личности, относимых к психологическим факторам риска заболеваемости, обозначается термином {.....}

6. Расположите этапы патопсихологического исследования в правильной последовательности:

- 1) изучение истории болезни
- 2) эксперимент (тестирование)
- 3) анализ полученных результатов
- 4) беседа с больным
- 5) наблюдение за поведением во время исследования
- 6) оформление заключения

7. Понятие «объективная тяжесть болезни» в первую очередь включает критерии:

- 1) летальности
- 2) хронификации
- 3) болевой характеристики болезни
- 4) внутренней картины болезни
- 5) инвалидизации

8. Субъективное отношение к заболеванию называется:

- 1) анозогнозией
- 2) внутренней картиной болезни
- 3) ипохондрией
- 4) рефлексией
- 5) концепцией болезни

9. Для мужчины наиболее «ценными органами» в психологическом смысле являются:

- 1) голова
- 2) верхние конечности
- 3) глаза и уши
- 4) нижние конечности
- 5) половой член, яички и язык

391

10. Порог болевой чувствительности ниже:

- 1) у женщин
- 2) у мужчин
- 3) различий не обнаруживается
- 4) у женщин с преобладанием фемининных свойств
- 5) у женщин с повышенной маскулинизацией

11. Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются:

- 1) сексуальные расстройства
- 2) заболевания, изменяющие внешность
- 3) рак
- 4) инфаркт
- 5) инсульт

12. Для лиц преклонного возраста наиболее тяжелыми в психологическом отношении являются следующие болезни:

- 1) «стыдные»
- 2) хронические, инвалидизирующие
- 3) сексуальные расстройства
- 4) дисморфомания
- 5) связанные с летальным исходом

13. Более низкие болевые пороги обнаруживают:

- 1) сангвиник
- 2) холерик
- 3) меланхолик
- 4) флегматик
- 5) экстраверт

14. В случае необходимости соблюдать постельный режим более фрустрированными чувствуют себя:

- 1) сангвиники
- 2) холерики
- 3) меланхолики
- 4) флегматики
- 5) интроверты

392

15. Сведения об объективной тяжести болезни не следует

сообщать в первую очередь больным со следующим (и) типом (ами) отношения к заболеванию:

- 1) анозогнозический тип
- 2) эргопатический тип
- 3) гармонический тип
- 4) сенситивный тип
- 5) эйфорический тип

16. Более тяжелые дисгармоничные психические реакции на тяжелые заболевания встречаются у:

- 1) атеистов
- 2) православных
- 3) католиков
- 4) протестантов
- 5) представителей буддистского вероисповедания

17. Способность построения программы собственных действий на случай появления тяжелой болезни, которая может изменить обычный жизненный стереотип, привести к инвалидности или смерти называется:

- 1) гармоничностью
- 2) ипохондричностью
- 3) ригидностью
- 4) пессимизмом
- 5) антиципационной состоятельностью

18. Соматонозогнозия - это:

- 1) невротическая реакция на болезнь
- 2) невроз у соматически больного
- 3) осознание собственной болезни
- 4) неосознание наличия болезни
- 5) нечто другое

19. Тип психического реагирования на болезнь, при котором происходит «бегство в болезнь» относится к:

393

- 1) ипохондрическому типу
- 2) эгоцентрическому типу
- 3) эргопатическому типу
- 4) истерическому типу
- 5) анозогнозическому типу

20. При каком типе психического реагирования на заболевание особое значение придается реакции на социальную значимость диагноза:

- 1) обсессивно-фобическом
- 2) тревожном
- 3) апатическом
- 4) сенситивном
- 5) эгоцентрическом

21. Апатический тип психического реагирования на заболевание относится к группе с:

- 1) интралсихической направленностью психической дезадаптации
- 2) интерпсихической направленностью психической дезадаптации

даптации

3) межнациональной направленностью психической дезадаптации

4) межличностной направленностью психической дезадаптации

5) межгрупповой направленностью психической дезадаптации

22. Какой тип психического реагирования, как правило, возникает у пациента в ответ на диагноз злокачественного образования:

1) неврастенический

2) ипохондрический

3) апатический

4) анозогнозический

5) обсессивно-фобический

394

23. Тип психического реагирования на болезнь, при котором происходит «бегство в работу» относится к:

1) ипохондрическому типу

2) эгоцентрическому типу

3) эргопатическому типу

4) истерическому типу

5) гармоническому типу

24. Дисморфомания относится к психическим переживаниям, специфичным для лиц:

1) зрелого возраста

2) пожилых

3) детей

4) подростков

5) верны все ответы

25. Тревога и нейротизм защищают от рака, а острый стресс способствует возникновению рака по мнению:

1) Фрейда

2) Фромма

3) Мясищева

4) Селье

5) Айзенка

26. Наибольшая степень выраженности отрицательных переживаний у онкологически больных относится к:

1) поликлиническому этапу

2) этапу поступления в клинику

3) предоперационному этапу

4) постоперационному этапу

5) этапу катамнеза

27. Феномен «погружение в ребенка» встречается:

1) у женщин в первом триместре беременности

2) у женщин во втором триместре беременности

3) у женщин в третьем триместре беременности

395

- 4)у недавно родивших женщин
- 5)у пожилых женщин, имеющих внуков

28. Синдром «грубого обращения с плодом» чаще встречается у женщин с:

- 1) гармоничными чертами характера
- 2) истерическими чертами характера
- 3) ипохондрическими чертами характера
- 4) психопатическими чертами характера
- 5) делинквентными чертами характера

29. Синдром «ожидания беременности» является типичным для больных с:

- 1) предменструальным симптомокомплексом
- 2) невротическими расстройствами
- 3) шизофренией
- 4) личностными аномалиями
- 5) бесплодием

30. Психологически немотивированная злоба, раздражительность, гневливость входят в структуру:

- 1) предменструальной психопатии
- 2) предменструального психоза
- 3) предменструальной дисфории
- 4) предменструальной астении
- 5) предменструальной депрессии

31. Климактерический синдром относится к проявлениям:

- 1) физиологического течения климактерия
- 2) дисгармонического течения климактерия
- 3) инверсивного течения климактерия
- 4) раннего климактерия
- 5) позднего климактерия

32. Климактерический синдром проявляется всеми нижеперечисленными клиническими вариантами за исключением:

- 1) астеническим
- 2) ипохондрическим
- 3) тревожно-депрессивным
- 4) делириозным
- 5) истерическим

396

33. Постоянное и непреодолимое желание человека подвергаться хирургическим операциям по поводу мнимых проявлений болезни называется:

- 1) симуляцией
- 2) агравационным синдромом
- 3) ипохондрическим синдромом
- 4) синдромом Ашафенбурга
- 5) синдромом Мюнхаузена

34. Симптомы «уже виденного» (de ja vu) и «никогда не виденного» (ja mais vu) входят в структуру нарушения восприятия, которое называется:

- 1) тотальная амнезия

- 2) бедность участия
- 3) деперсонализация
- 4) дереализация
- 5) гипостезия

35. Эффект Зейгарник относится к:

- 1) вниманию
- 2) памяти 3) эмоциям
- 4) мышлению
- 5) воле

36. Расстройство восприятия, при котором испытуемый описывает отдельные предметы, но не может уловить общего смысла картинки, называется:

- 1) феномен Пика 2) сенильная агнозия

397

- 3) расстройство симультанного восприятия
- 4) симптом П. Клерамбо
- 5) обманом чувств

37. Расстройство узнавания предметов, явлений и частей собственного тела при сохранении сознания, самосознания, а также при отсутствии нарушений анализаторов обозначается термином {.....}

38. Ложные неузнавания при деменции - это { }

39. Расстройство узнавания частей собственного тела называется

- 1) соматогнозией
- 2) дисморфоманией
- 3) соматоагнозией
- 4) симптомом Фреголи
- 5) симптомом Капгра

40. Искажение восприятия действительно существующего во внешней среде реального объекта - это {...}

41. Ложные восприятия в отсутствии реального объекта - это {.....}

42. Отличительными особенностями псевдогаллюцинаций является то, что они:

- 1) имеют характер объективной действительности
- 2) не имеют характера объективной действительности
- 3) проецируются во внутреннем мире больного
- 4) возникают спонтанно, помимо воли больного
- 5) не могут быть произвольно изменены или изгнаны из сознания

43. Сочетание псевдогаллюцинаций с симптомами отчуждения, навязанности называется синдромом { }

398

44. Синдром Кандинского-Клерамбо включает все перечисленные компоненты, кроме:

- 1) идеаторного
- 2) психофизиологического
- 3) сенсорного
- 4) личностного
- 5) моторного

45. Трудности узнавания объектов у больных шизофренией связаны главным образом с:

- 1) чрезмерной детализацией
- 2) структурным распадом
- 3) апато-абулическим синдромом
- 4) трудностями концентрации и переключения внимания
- 5) аффективной окрашенностью восприятия

46. Для исследования механизма галлюцинаций Б. В. Зейгарник использовала:

- 1) аудиометр
- 2) таблицы Попельрейтера
- 3) пятна Роршаха
- 4) магнитофонные записи
- 5) псевдоскоп

47. Внимание обладает всеми ниже перечисленными свойствами за исключением:

- 1) устойчивости
- 2) сосредоточенности
- 3) распределения
- 4) длительности
- 5) объема

48. Процесс лучшего запоминания незавершенных действий, по сравнению с завершенными, называется:

- 1) эффектом края
- 2) эффектом Зейгарник

399

- 3) эффектом ореола
- 4) законом Эббингауза
- 5) законом Вебера-Фехнера

49. Расстройство, характеризующееся нарушением памяти на текущие события при сохранности событий прошлого, называется:

- 1) антероградной амнезией
- 2) ретроградной амнезией
- 3) корсаковским анамнестическим синдромом
- 4) фиксационной амнезией
- 5) антероретроградной амнезией

50. При синдроме Корсакова остаются сохранными:

- 1) запечатление
- 2) сохранение
- 3) узнавание
- 4) воспроизведение
- 5) ретенция

51. Заполнение пробелов памяти несуществующими событиями называется:

- 1) ретенцией
- 2) псевдореминисценцией
- 3) конфабуляцией
- 4) перфорационной амнезией
- 5) гипомнезией

52. Расстройство памяти, характеризующееся «жизнью в прошлом», ложным узнаванием окружающих, характерно для:

- 1) корсаковского анамнестического синдрома
- 2) нарушения динамики мнестической деятельности
- 3) нарушения опосредованной памяти
- 4) прогрессирующей амнезии
- 5) нарушения мотивационного компонента памяти

400

53. В основе нарушения опосредованного запоминания лежат:

- 1) плохое запечатление
- 2) слабость сохранения
- 3) нарушение операции обобщения
- 4) плохое воспроизведение
- 5) невозможность отвлечения

54. Нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные имевшие место в прошлом события причудливым образом переплетаются с настоящим, связано с:

- 1) психогенной амнезией
- 2) избирательным забыванием
- 3) нарушением ориентировки во времени
- 4) прогрессирующей амнезией
- 5) ретенцией

55. Для исследования опосредованного запоминания используется методика:

- 1) десять слов
- 2) таблицы Шульце
- 3) воспроизведение рассказа
- 4) пиктограмма
- 5) тест А. Л. Бентона

56. К мыслительным операциям относятся все ниже перечисленные за исключением:

- 1) суждение
- 2) анализ
- 3) умозаключение
- 4) синтез
- 5) обобщение

57. Соотнесите уровни процесса обобщения с их характеристиками.

401

Для ответа напишите цифру 1 и поставьте рядом с ней соответствующую букву, затем после запятой наберите цифру 2 с соответствующей буквой и т. д. Например: 1д, 2б, 3в, 4г.

- | | |
|-------------------|---|
| 1. Категориальный | а. Отнесение к классу на основании поведенческих признаков (поют, летают) |
| 2. Функциональный | б. Отнесение к классу на основании существенных, отличительных признаков |
| 3. Конкретный | в. Перечисление предметов в связи с каким-либо сюжетом |
| 4. Нулевой | г. Отнесение к классу на основании внешних признаков (есть ноги, крылья) |

58. «Снижение уровня обобщения» - такой диагноз можно ставить по отношению ко всем ниже перечисленным группам больных, кроме:

- 1) эпилептиков
- 2) больные с органическими повреждениями ЦНС
- 3) больные с последствиями травм головного мозга
- 4) больных, переболевших менингитом
- 5) олигофренов

59. Снижение уровня обобщения относится к:

- 1) нарушениям динамики мыслительных процессов
- 2) нарушениям операционной стороны мышления
- 3) нарушениям личностного компонента мышления
- 4) нарушениям процесса опосредованности мыслительной деятельности
- 5) нарушениям процесса саморегуляции познавательной деятельности

60. Расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли или представления, называется:

402

- 1) инертностью
- 2) резонерством
- 3) деменцией
- 4) соскальзыванием
- 5) разноплановостью

61. Искажение процессов обобщения наблюдается главным образом при:

- 1) психопатии
- 2) эпилепсии
- 3) шизофрении
- 4) маниакально-депрессивном психозе
- 5) неврастении

62. Расстройство мышления, при которой больной начинает реагировать на любой раздражитель, к нему не адресованный, называется:

- 1) лабильностью
- 2) откликаемостью
- 3) резонерством

- 4) непоследовательностью
- 5) разноплановостью

63. Обнаруживаемое в ассоциативном эксперименте явление, когда следовый раздражитель имеет большее сигнальное значение, чем актуальный, относят к нарушениям мышления, которое называется:

- 1) резонерство 2) разноплановость 3) инертность 4) откликаемость 5) лабильность

64. Типичные ошибки при непоследовательности суждений:

- 1) чередование обобщенных и ситуативных решений
- 2) невозможность переключиться с одного способа решения на другой

403

- 3) логические связи подменяются случайными
- 4) выделяется много одноименных групп
- 5) нарушено звено принятия решения

65. Обобщение предметов в группу на основе «слабых», чрезмерно обобщенных признаков характерно для:

- 1) непоследовательности суждений
- 2) лабильности мышления
- 3) снижения уровня обобщения
- 4) нарушения динамики мыслительной деятельности
- 5) искажения процесса обобщения

66. Так называемые «вплетения», относимые к нарушениям динамики мыслительной деятельности, обнаруживаются в эксперименте, который носит название:

- 1) приктограммы
- 2) ассоциативный эксперимент
- 3) классификация объектов
- 4) исключение предметов
- 5) толкование пословиц

67. Бредовые и бредоподобные расстройства мышления в патопсихологии относят:

- 1) к расстройствам ассоциативного процесса
- 2) к нарушениям целенаправленности мышления
- 3) к патологии суждений
- 4) к нарушениям мышления по темпу
- 5) к нарушениям операциональной стороны мышления

68. В литературе по психопатологии к патологии суждений относят все перечисленные ниже виды нарушений, кроме:

- 1) бредовых расстройств
- 2) бредоподобных расстройств
- 3) ментизма
- 4) сверхценных идей 5) навязчивых идей

404

69. Антиципация - это:

- 1) склонность человека предвзято воспринимать происходящие события

- 2) способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать вероятные исходы различных действий
- 3) мнемоническая способность человека
- 4) способность человека быстро реагировать на происходящие события
- 5) способность человека вытеснять в подсознание события, носящие негативный эмоциональный характер

70. Кратковременные, сильно выраженные эмоциональные состояния человека, сопровождающиеся сужением сознания и расстройством волевой регуляции поведения, называют:

- 1) стрессами
- 2) фрустрациями
- 3) чувствами
- 4) аффектами
- 5) психическими травмами

71. Критериям помраченного сознания являются все перечисленные, кроме:

- 1) дезориентировки во времени, месте, ситуации
- 2) отсутствия отчетливого восприятия окружающего
- 3) разных степеней бессвязности мышления
- 4) затруднения воспроизведения происходивших и происходящих событий, а также субъективных болезненных состояний
- 5) расстройство основных мыслительных операций

72. Наиболее значимым дифференциально-диагностическим критерием патологического аффекта является:

- 1) наличие агрессии
- 2) наличие расстройства сознания
- 3) наличие аутоагрессии
- 4) наличие расстройств эмоциональной сферы
- 5) наличие умственной отсталости

405

73. Патологическое непреодолимое влечение к бродяжничеству называется:

- 1) дипсоманией
- 2) дромоманией
- 3) клептоманией
- 4) пироманией
- 5) булимией

74. Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций, носит название:

- 1) псевдодеменция
- 2) деперсонализация
- 3) амбулаторный автоматизм
- 4) бред воздействия
- 5) делирий

75. Разновидность сумеречного состояния сознания, при котором больные апатичны, благодущны, поведение напоминает нарочито детское, называется:

- 1) псевдодеменция
- 2) деперсонализация
- 3) амбулаторный автоматизм

- 4) бред воздействия
- 5) делирий

76. Симптом нарушения «схемы тела» характерен для расстройства сознания, которое называется:

- 1) псевдодеменция
- 2) деперсонализация
- 3) амбулаторный автоматизм
- 4) бред воздействия
- 5) делирий

77. Бредовая интерпретация своего состояния, при котором больные ищут воздействующих на них врагов, анализируют свои взаимоотношения с ними, предпринимают реальные дейст-

406

вия с целью «освобождения» от предполагаемого воздействия, называется:

- 1) псевдодеменция
- 2) деперсонализация
- 3) амбулаторный автоматизм
- 4) бред воздействия
- 5) делирий

78. Грезоподобное (сновидное) нарушение сознания, представляющее собой причудливую смесь реального и фантастического с характером громадности, называется:

- 1) онейроидом
- 2) делирием
- 3) помраченным сознанием
- 4) оглушенным состоянием сознания
- 5) деперсонализацией

79. Центральным пунктом личностной деградации при хроническом алкоголизме является:

- 1) нарушение устойчивости внимания
- 2) быстрая истощаемость психических процессов
- 3) нарушение иерархии мотивов
- 4) повышенная агрессивность
- 5) снижение смыслообразующей функции мотивов

80. К какому виду нарушений развития личности относятся «парадоксальная стабилизация» и «сужение круга смысловых образований»?

- 1) нарушение опосредованности мотивов
- 2) нарушение иерархии мотивов
- 3) нарушение смыслообразования
- 4) нарушение работы механизма «сдвиг мотива на цель»
- 5) нарушение подконтрольности поведения

407

81. Нарушение подконтрольности поведения часто является индикатором других, более глубоких личностных расстройств. Каких именно?

- 1) персеверация

- 2) психопатия
- 3) сенестопатия
- 4) скопофилия
- 5) откликаемость

82. Людей, которые имеют биологически обусловленные отклонения от нормы в поведении и обнаруживают конституциональные (наследственные) патологические характеры в психоаналитической характерологии, называют:

- 1) параноиками
- 2) психопатами
- 3) аномальными личностями
- 4) шизофрениками
- 5) эпилептиками

83. Общим радикалом для параноидных, шизоидных и шизотипических личностных расстройств является:

- 1) склонность расценивать поведение окружающих как агрессивное
- 2) уход в мир фантазий
- 3) эксцентрические особенности в речи
- 4) ущербность в сфере общения
- 5) субъективная принужденность собственных мыслей и чувств

84. Прогноз соответствующей психотерапии хуже при следующих личностных расстройствах:

- 1) истерических
- 2) шизоидных
- 3) параноидных
- 4) пассивно-агрессивных
- 5) диссоциальных

408

85. В активном противодействии деструктивным проявлениям, вплоть до изоляции и госпитализации, нуждаются в первую очередь:

- 1) параноидные личностные расстройства
- 2) истерические личностные расстройства
- 3) диссоциальные личностные расстройства
- 4) пограничные личностные расстройства
- 5) ананкастические личностные расстройства

86. По описанию определите тип личностного расстройства.

Клиническая картина проявляется в преувеличенном чувстве собственной ценности и единичности, желании постороннего внимания и удивления со стороны окружающих. Одновременно имеет место высокая чувствительность к критическим замечаниям.

- 1) нарциссические
- 2) истерические
- 3) параноидные
- 4) шизоидные
- 5) подчиняемые
- 6) пассивно-агрессивные
- 7) пограничные
- 8) диссоциальные

87. По описанию определите тип личностного расстройства.

Больные обращают на себя внимание преимущественно легковестной, неосознанной театральностью, выраженной экспрессивностью, чрезмерными эмоциональными реакциями, повышенной внушаемостью и склонностью к самодраматизации. В межчеловеческих отношениях эти люди ищут постоянного внимания и подтверждения своей значимости, часты повторные ма-нипулятивные (рассчитанные на соответствующее поведение окружающих) суицидальные жесты, а также назойливая демон-стративность.

- 1)нарциссические
- 2)истерические

409

- 3)параноидные
- 4)шизоидные
- 5)подчиняемые
- 6)пассивно-агрессивные
- 7)пограничные
- 8)диссоциальные

88. По описанию определите тип личностного расстройства.

Больные с данным видом расстройств имеют тенденцию проецировать восприятие окружающей действительности в агрессивную плоскость. Они настороженно ждут нападения (агрессии) и склонны расценивать поведение окружающих как враждебное и пренебрежительное по отношению к ним. Попытка корригировать такое восприятие, как правило, лишь утверждает эту личность в ее первоначальных опасениях. Фанатизм, патологическая ревность, хроническая задиристость и упрямство дополняют картину этих личностных расстройств.

- 1)нарциссические
- 2)истерические
- 3)параноидные
- 4)шизоидные
- 5)подчиняемые
- 6)пассивно-агрессивные
- 7)пограничные
- 8)диссоциальные

89. По описанию определите тип личностного расстройства.

Больные проявляют склонность отгораживаться от социальных и всех других, требующих эмоционального сопровождения, контактов с уходом в мир фантазий. Бросающаяся в глаза холодность и сдержанность часто скрывают неспособность к проявлению теплых чувств.

- 1)нарциссические
- 2)истерические
- 3)параноидные
- 4)шизоидные

410

- 5)подчиняемые
- 6)пассивно-агрессивные
- 7)пограничные
- 8)диссоциальные

90. По описанию определите тип личностного расстройства.

Для этого вида личностных расстройств характерны выраженные и стойкие, несмотря на жизненный опыт и наказания, нарушения социального

поведения. В детстве они очень часто начинают с лживости, воровства, драчливости, склонности к обману и мошенничеству, неподчинения авторитетам и непризнания их. В период взросления нередко встречается промискуитет (беспорядочные половые связи, агрессивно-сексуальное поведение, злоупотребление алкоголем и лекарствами). По достижению зрелости почти всегда неспособны к длительной продуктивной работе и выполнению родительских обязанностей.

- 1)нарциссические
- 2)истерические
- 3)параноидные
- 4)шизоидные
- 5)подчиняемые
- 6)пассивно-агрессивные
- 7)пограничные
- 8)диссоциальные

91. По описанию определите тип личностного расстройства.

Люди с подобного рода личностными расстройствами не способны к самостоятельным поступкам, в связи с чем передают другим ответственность в жизненно важных областях (что следует делать, решает партнер). Они подчиняют собственные потребности персоне, от которой зависят, не осмеливаясь сердиться и не рискуя отстаивать свою позицию. Отказ от позиции зависимости вызывает крайнюю степень страха или чувства вины.

- 1)нарциссические
- 2)истерические
- 3)параноидные

411

- 4)шизоидные
- 5)подчиняемые
- 6)пассивно-агрессивные
- 7)пограничные
- 8)диссоциальные

92. По описанию определите тип личностного расстройства.

В центре данного вида личностных расстройств стоит косвенная несостоятельность. Основной чертой поведения с детства является стремление все свалить на обстоятельства вместо самостоятельного и эффективного поведения. Косвенная несостоятельность часто приводит к глубоко укоренившейся и длительной социальной и профессиональной бестолковости, беспорядочности, отсутствию прилежания и может блокировать профессиональную карьеру. «Пассивное сопротивление» или «скрытая агрессивность» коррелируют с детским упрямством.

- 1)нарциссические
- 2)истерические
- 3)параноидные
- 4)шизоидные
- 5)подчиняемые
- 6)пассивно-агрессивные
- 7)пограничные
- 8)диссоциальные

93. По описанию определите тип личностного расстройства.

Межлические связи таких пациентов, хотя и интенсивны (панический страх одиночества), но одновременно нестабильны и могут быть внезапно оборваны (идеализация или деваляция партнера). В аффективной сфере

преобладает гневливость или хроническая раздраженность, сочетающаяся с хроническим чувством опустошенности и скуки. Типичным является поведение, связанное с многообразными видами самоповреждения или самоувечья вследствие алкоголизации, злоупотребления лекарствами, а также поступки, связанные с насилием и нару-

412

шением влечений (например, ограбление ларьков, разорительные азартные игры).

- 1)нарциссические
- 2)истерические
- 3)параноидные
- 4)шизоидные
- 5)подчиняемые
- 6)пассивно-агрессивные
- 7)пограничные
- 8)диссоциальные

Раздел VI

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ ПО КУРСУ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

1. Психологический аспект заболевания (понятия здоровья и болезни).
2. Какие задачи решают клинические психологи в области здравоохранения, охраны психического здоровья подрастающего поколения, в службах социальной занятости населения.
3. Перечень и краткое содержание дисциплин, изучаемых в рамках клинической психологии.
4. В чем состоит, чем подтверждается социальная значимость клинической психологии.
5. Виды психологических служб или где работают клинические психологи?
6. Различные подходы к содержанию и определению медицинской психологии.
7. Предмет медицинской психологии.
8. Психосоматические корреляции (психогенные реакции, психосоматические заболевания).
9. Понятие внутренней картины болезни.
10. Влияние социально-конституциональных факторов на концепцию болезни (пол, возраст, профессия).
11. Влияние индивидуально-психологических факторов на концепцию болезни (темперамент, характер, личность).
12. Основания и классификация типов психического реагирования на заболевание.
13. Типы реагирования на болезнь без нарушения социальной адаптации.
14. Типы реагирования на болезнь с нарушением социальной адаптации по интрапсихическому варианту.
15. Типы реагирования на болезнь с нарушением социальной адаптации по интерпсихическому варианту.

414

16. Особенности и динамика реагирования больного на злокачественные новообразования.
17. Влияние этапа онкологического заболевания на психику больного.
18. Влияние характерологического преморбидна на патогенез психических нарушений при онкологической патологии.
19. Влияние личности больного на вероятность возникновения и протекание онкологического процесса.
20. Специфика психологических феноменов при онкологических заболеваниях разной локализации.
21. Общая картина влияния на психику хронического соматического заболевания.
22. Психологические особенности больных с терапевтической патологией.
23. Соматопсихические расстройства при эндокринных заболеваниях.
24. Психология неврологических расстройств.
25. Психология пациента хирургической клиники.

26. Две стратегии выбора пациентом способа лечения.
27. Феноменология пред- и постоперационной тревоги.
28. Психологическая адаптация человека после пересадки органов и тканей.
29. Соматопсихические расстройства, связанные с дефектами тела, речи и органов чувств.
30. Особенности и динамика психического состояния женщин во время беременности.
31. Предменструальный синдром.
32. Психические нарушения при бесплодии.
33. Психология и психопатология климактерия.
34. История развития взглядов на предмет и методы патопсихологического исследования.
35. Особенности проведения и основные компоненты патопсихологического исследования.
36. Формы нарушения сознания (помраченное сознание, оглушенное состояние сознания).

415

37. Формы нарушения сознания (делириозное помрачение сознания, онейроидное состояние сознания).
38. Формы нарушения сознания (сумеречное состояние сознания, деперсонализация).
39. Агнозии и псевдоагнозии при деменции.
40. Галлюцинации и их виды, особенности галлюцинаторных образов, о природе обманов чувств.
41. Псевдогаллюцинации, синдром Кандинского-Клерамбо.
42. Нарушение мотивационного компонента восприятия.
43. Формы нарушений восприятия при различных заболеваниях.
44. Методы исследования восприятия.
45. Актуальность и основные направления исследования нарушений памяти.
46. Нарушение непосредственной памяти: корсаковский синдром и прогрессирующая амнезия.
47. Нарушение динамики мнестической деятельности.
48. Нарушение опосредованной памяти.
49. Нарушение мотивационного компонента памяти.
50. Нарушение памяти у больных разных нозологических групп.
51. Методики, используемые для исследования памяти.
51. Нарушение операциональной стороны мышления (снижение уровня обобщения, искажение процесса обобщения).
52. Нарушение динамики мыслительной деятельности (непоследовательность суждений, лабильность мышления, «откликаемость», инертность).
53. Нарушение мотивационного компонента мышления (разноплановость, резонерство).
55. Нарушение критичности мышления.
56. Методики для исследования нарушений мышления.
57. Понятие нормального и отклоняющегося (девиантного) поведения.
58. Делинквентное и аддиктивное поведение.

- 59. Патохарактерологическое и девиантное поведение на базе гиперспособностей.
- 60. Агрессивное и аутоагрессивное поведение.
- 61. Злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной психической деятельности.
- 62. Нарушение пищевого поведения.
- 63. Сексуальные девиации и перверсии.
- 64. Сверхценные психопатологические увлечения. Коммуникативные девиации.

Раздел VII

ГЛОССАРИЙ

Агнозия - неузнавание; связана с нарушением различных видов восприятия, возникающего при поражении вторичных (проекционно-ассоциативных) отделов коры головного мозга и ближайших подкорковых структур, входящих в состав анализаторных систем.

Агрессия - нападение, наступление с целью насильственных действий, К ним относят сильные физические, словесные или символические действия, причиняющие ущерб другим или себе (аутоагрессия).

Аддиктивное поведение - одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности.

Автоматизм - непроизвольное блуждание.

Амбивалентность - одновременное сосуществование противоположных чувств.

Амнезия - расстройство памяти, при котором нарушается способность запоминать, хранить и воспроизводить информацию.

Анамнез - это получение совокупности сведений о жизни обследуемого, перенесенных им заболеваниях, начале и течении болезней, об условиях жизни, работе и лечении.

Ананкастный синдром (обсессивно-компульсивное расстройство)- идентично неврозу навязчивых состояний.

Ангедония - неспособность испытывать удовольствие оттого, что доставляет его обычно, противоположность гедонизму.

Анестезия - потеря чувствительности при истерии.

Анорексия - ослабление или отсутствие чувства голода.

418

Апатия - состояние эмоционального безразличия, равнодушия к самому себе или окружающей обстановке.

Астения (от греч. asthenos - бессилие, общая слабость) -состояние повышенной утомляемости с частой сменой настроения, раздражительной слабостью, истощаемостью, гиперестезией, слезливостью, вегетативными нарушениями и расстройствами сна.

Атарактическая мотивация - заключается в стремлении применения веществ с целью смягчения или устранения эмоционального дискомфорта.

Аутическое **мышление** - уход от реальности в мир собственных переживаний, отрыв от реальной действительности, погружение в мир воображения, фантастических переживаний.

Аффект - кратковременная сильная положительная или отрицательная эмоция, возникающая в ответ на воздействие внутренних или внешних факторов и сопровождающаяся соматове-гетативными проявлениями.

Бедность участия - утрата сложных чувств.

Беспокойство - чувство напряженного ожидания надвигающегося несчастья (бесфабульное, беспредметное).

Бессвязность - нарушение смысловой речи, синтаксического строя речи.

Бред воздействия - ощущение навязанности, сделанности, собственных мыслей, переживаний, действий.

Бредовые расстройства - ложные умозаключения. Различают паройяльный бред - систематизированный бред; параноидный бред - характеризуется наличием бредовых идей, которые чаще не имеют

достаточно стройной системы; парафренный бред - сочетается с нарушениями ассоциативного процесса (разорванность, резонерство и символизм).

Бредовые идеи - суждения и умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не поддающиеся коррекции (разубеждению) с отсутствием критического отношения к ним.

Бредоподобные **расстройства** - ложные умозаключения, связанные с расстройством воли, влечений, эмоциональными

419

нарушениями; отличаются от бредовых отсутствием тенденции к систематизации, кратковременностью, возможностью частичной коррекции методом разубеждения.

Булимия (от греч. bulimia — мучительный, неутолимый голод; волчий голод, полифагия, гиперорексия) патологическое повышение потребности в пище, ненасытный аппетит, прожорливость, неутолимое чувство голода.

Вербальная парафазия - замена нужного слова другим, близким к нему по смыслу. Встречается чаще всего при акусти-ко-мнестической афазии.

Вербальный галлюциноз — когда слышимая больным реальная речь заменяется иллюзорной, адресованной, как правило к нему (обычно брань, угрозы, осуждение).

Вербигерации ~ своеобразные стереотипии в речи вплоть до бессмысленного нанизывания сходных по созвучию слов.

Волюстические - ощущения сопровождающиеся оргазмом.

Восприятие - это активный процесс анализа и синтеза ощущений путем сопоставления их с прежним опытом.

Вуайеризм (скопофилия) - периодическая или постоянная склонность тайком наблюдать за занимающимися сексом или раздевающимися; обычно это приводит к половому возбуждению и оргазму. Преимущественно встречается у мужчин, перенесших шизофренический шуб с психопатоподобными изменениями или дефектом, а также при психопатоподобном варианте психоорганического синдрома.

Галлюцинации (от лат. hallucinatio - вздор, ошибка) - чувственные яркие представления, доведенные патологическим процессом до степени восприятия реальных предметов. Субъективно сопровождаются убежденностью в том, что данный объект в данное время и в данном месте действительно существует.

Галлюцинант - это человек, имевший внутреннее убеждение, что он что-то воспринимает, тогда как извне нет никакого объекта, способного вызвать это восприятие.

Гебоидный синдром - непсихотическое психическое расстройство (патология формирующейся личности), возникающее в детском возрасте и характеризующееся сочетанием патологи-

420

чески преувеличенных, заостренных и видоизмененных пубертатных свойств.

Глубокая депрессия - тяжелое личностное расстройство на невротическом уровне, которое без лечения может тянуться по нескольким месяцам.

Гемблинг (от англ. gamble - рискованное предприятие, авантюра) - болезненная страсть к азартным играм (карты, игровые автоматы, ставки, лотереи).

Гипербулия - нарушение поведения в виде двигательной расторможенности (возбуждения).

Гиперспособности - ярко выраженные, значительно превышающие

средний уровень способности.

Гипертимия - повышенное, радостное настроение с усилением влечений и неутомимой деятельностью, ускорением мышления и речи, веселостью, чувством превосходного здоровья, выносливости, силы, когда все воспринимается в розовом свете. Над всем господствует оптимизм.

Гиперестезия - повышенная чувствительность к действию на органы чувств физических: стимулов, являющихся для них адекватными.

Гиперсексуальность - повышенное половое влечение. Наблюдается чаще при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, а также в периоды возрастных кризисов: пубертатных и при старении.

Гипобулия - нарушение поведения в виде двигательной заторможенности (ступора).

Гипостезия — понижение восприимчивости внешних раздражений, ослабление восприятия по силе; эти состояния чаще отмечаются при неврозах.

Геронтофилия - заключается в сексуальном влечении к партнеру старческого возраста.

Делинквентное поведение - отклоняющееся поведение в крайних своих формах представляет уголовно наказуемое деяние. Обычно начинается со школьных прогулов и приобщения к асоциальной группе. Затем следуют мелкое хулиганство, издевательство над младшими, слабыми и т. п.

421

Девиантное поведение - отклоняющееся от общепринятых норм: нравственных, а иногда и правовых. Поведение в основном обусловлено социально-психологическими девиациями личности (прежде всего микросоциально-психологической запущенностью). Является проявлением ситуационных характерологических реакций (протеста, отказа, имитации, эмансипации и др.). Группа патологических форм ДП у детей и подростков в клиническом плане связана в основном с патологическими ситуационными (патохарактерологическими) реакциями, психогенными формированиями личности, проявлениями психопатий в стадии их становления, а также с непроцессуальными (резидуально-органическими и соматогенными) психопатоподобными состояниями.

Делирий (от лат. delirium - безумие, бред). Характеризуется наплывом ярких представлений и непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. В результате чего возникает ложная ориентировка во времени и пространстве.

Деменция - приобретенное слабоумие, которое проявляется в ослаблении познавательной способности, обеднении чувств, изменении поведения, крайнем затруднении при использовании знаний прошлого опыта. Деменция может быть глобальной или очаговой, при которой наблюдаются частичные дефекты: снижается сообразительность, память.

Деперсонализация или аутометаморфопсия - буквально: отчуждение от самого себя, искаженное восприятие собственной личности, отдельных ее качеств, а также частей тела. Деперсонализацию (аутометаморфопсию) разделяют на парциальную и тотальную. При парциальной происходит нарушение восприятия отдельных частей тела, при тотальной - всего тела. Разновидностью аутометаморфопсии является синдром Алисы в стране чудес. Он характеризуется сочетанием деперсонализационных расстройств с явлениями дереализации в виде искажения представлений о пространстве и времени, зрительными иллюзиями, чувством раздвоения личности.

422

Депрессия - пониженное, мрачное настроение (тоска), сочетающееся с

двигательной заторможенностью и замедлением ассоциативного процесса.

Дереализация - чувство призрачности окружающего, искаженное восприятие окружающего мира. Сюда же относятся симптомы «уже виденного» (de ja vu), «никогда не виденного» (ja mais vu).

Дипсомания - периодически возникаемое непреодолимое влечение к запоям.

Дисмегалопсия - расстройство восприятия в виде удлинения, расширения, скошенности, перекрученности вокруг оси окружающих предметов.

Дисморфомания - это ложная убежденность человека (чаще девушки) в наличии у него уродства.

Диссоциальное расстройство личности - проявляется в грубом несоответствии между поведением и господствующими социальными нормами. Его характеризуют бессердечное отношение к чувствам других, грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения к социальным правилам и обязанностям, неспособность поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении, крайне низкая толерантность к фрустрациям, а также низкий порог агрессии, включая насилие, неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания, выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

Дисфория - угрюмое, ворчливо-раздражительное, злобное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, ожесточенностью и взрывчатостью. Наиболее характерна для психопатий, психоорганических расстройств, эпилепсии и хронического алкоголизма.

Диссоциация - нарушение связности психических процессов, внезапное преходящее нарушение интегрированных в норме функций сознания, идентичности и поведения, включающее

423

психогенно обусловленные амнезию, фугу, раздвоение личности и деперсонализационное расстройство.

Дромомания (от греч. dromos - бег, mania — безумие) - психопатическое возникающее непреодолимое стремление к побегам из дома, к перемене мест, поездкам, бродяжничеству. При появлении этого импульсного влечения, не раздумывая о последствиях, больной бросает семью, учебное заведение, работу, в этом состоянии оказывается на вокзале, на пристани и едет куда попало. При ложной дромомании побег из дома возникают, как правило, у детей в условиях конфликтной ситуации и являются проявлением реакции оппозиции или протеста. Такая форма реагирования на трудную ситуацию становится привычным стереотипом и перерастает в синдром так называемых непреодолимых влечений. Чаще наблюдается у детей с патологически измененным темпераментом и элементарной аффективностью.

Замедленное мышление - нарушение темпа мышления в сторону его уменьшения. Проявляется как замедление темпа мыслительной деятельности (во время депрессивной фазы при МДП) или как тугоподвижность, ригидность (при эпилепсии).

Зоофилия - половое влечение к животным.

Иллюзия - ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненными представлениями. Возникает, как правило, на фоне измененного аффекта (детские и иные страхи, истерические психопатии, интоксикации и др.).

Импульсивные действия - внезапные, бессмысленные, нелепые акты без достаточной критической оценки.

Интрапунитивное реагирование - обвинение себя во всех бедах, самоуничтожение и оскорбление себя.

Ипохондрические расстройства личности - С. С. Корсаков понимал под ипохондрическими состояниями симптомокомплекс психического расстройства, которое может выражаться чрезмерным страхом за свое здоровье, сосредоточением внимания на представлениях, относящихся к собственному здоровью, и склонностью приписывать себе болезни, которых нет. Для генеза ипохондрических расстройств имеет значение личностная предрасполо-

424

женность, складывающаяся из: 1) обсессивно-компульсивных черт - упрямство, вызывающее поведение, скупость, совестливость; 2) нарциссизма, проявляющегося в эгоцентризме, поглощенностью собой или своим телом, чувствительность к критике.

Истероидный тип личностного расстройства - характеризуется: а) самодраматизацией, театральностью, преувеличенным выражением эмоций; б) внушаемостью, облегченной приверженностью влияниям окружающих или обстоятельств; в) поверхностностью и лабильностью эмоциональности; г) постоянным стремлением к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельностью, при которой пациент находится в центре внимания; д) неадекватной обольстительностью во внешнем виде и поведении; е) чрезмерной озабоченностью физической привлекательностью. Дополнительными чертами могут быть эгоцентричность, потворство по отношению к себе, постоянное желание быть признанным, повышенная обидчивость и постоянное манипулятивное поведение в целях удовлетворения своих потребностей.

Истероневротический синдром - для него характерны следующие психические нарушения: эмоциональные расстройства в виде страхов или подавленности, депрессивного настроения, не отличающиеся глубиной и сопровождающиеся множеством демонстративных моментов, слезливостью и т. п.; эпизодические галлюцинации, чаще зрительные, отличающиеся яркостью и образностью, зачастую отражающие травмирующую ситуацию; психогенные амнезии, обычно не длительные и кончающиеся полным восстановлением памяти.

Канцерофобия - навязчивый страх заболеть раком.

Каталепсия («симптом восковой гибкости») - застывание больного в одной позе, возможность сохранять приданную позу в течение длительного времени.

Кахексия - третья стадия анорексии. Могут появляться признаки дистрофии: снижение массы тела, сухость и бледность кожных покровов и иные симптомы.

Кверулянт - постоянно жалующийся. Это человек с болезненным чувством справедливости, желающий «всех вывести на

425

чистую воду», добиться правды во всем (даже в мелочах), но применяющий при этом чрезмерные, неадекватные меры.

Клептомания - патологическое воровство. Одно из проявлений расстройств влечений, встречающегося при психопатиях и психопатоподобных состояниях шизофренического или органического генеза.

Конкретность мышления - расстройство мыслительной деятельности, при котором утрачивается способность к абстрагированию.

Конфабуляция - обман памяти, при котором провалы в памяти замещаются вымышленными, не имевшими места событиями.

Кризисы невротические - тяжелые переходные состояния, вызываемые

болезнью, стрессом, травмой и т. п. Предпосылки невротических кризисов, складывающиеся, как правило, в детстве, могут прогрессировать даже без изменения внешних условий.

Криптомнезия - расстройство памяти, при котором больной присваивает чужие мысли, действия себе.

Мазохизм (пассивная алголагия, алгофилия) - расстройство влечений, характеризующееся желанием переносить боль, подчиняться насилию.

Макропсия - расстройство восприятия в виде увеличения размеров окружающих предметов.

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) - психоз, проявляющийся как периодическая смена двух состояний: маниакальных - выраженной эйфории с ощущением безмерного счастья, радости, восторга и депрессивных - выраженной тревоги и аффекта тоски.

Мания (маниакальный синдром) - повышенное, радостное настроение (эйфория), сочетающееся с двигательным возбуждением и ускорением ассоциативного процесса.

Маскулинность, феминность (от лат. masculinus - мужской и feminus - женский) — нормативные представления о соматических, психических и поведенческих свойствах, характерных для мужчин и для женщин; элемент полового символизма, связанный с дифференциацией половых ролей.

426

Ментизм или мантизм - возникающий помимо воли больного «наплыв мыслей», «вихрь идей», увеличение количества ассоциаций в единицу времени (наблюдается при шизофрении).

Микропсия - расстройство восприятия в виде уменьшения размеров окружающих предметов.

Навязчивые идеи - непроизвольно возникающие неправильные мысли. Сопровождаются критичным к ним отношением, но невозможностью избавиться.

Нарушение критичности мышления - понятие критичности в психиатрии и в патопсихологии употребляется в двух разных значениях. Соответственно в первом случае имеется в виду отсутствие критического отношения к бреду, к галлюцинациям и другим болезненным переживаниям; во втором - неумение обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями.

Нарушения динамики мышления - непоследовательность суждений, лабильность, отвлекаемость, инертность.

Неврастения (от греч. neuron - нерв, asthenia - бессилие) - раздражительность, чувство усталости, умственная утомляемость, слабость. Характерны тензионные головные боли (каска неврастеника), резко усиливающиеся в процессе работы, головокружения, чувство общей неустойчивости. А также озабоченность по поводу умственного и физического неблагополучия, раздражительность, ангедония и нерезко выраженные подавленность и тревожность.

Негативизм — проявление беспричинного отрицательного отношения ко всякому воздействию извне в виде отказа, сопротивления, противодействия.

Неврозы - функциональные болезненные состояния, возникающие и развивающиеся в условиях незавершившейся пси-хотравмирующей микросоциальной ситуации, вызвавшей резкое эмоциональное перенапряжение (с иррадиацией в соматические процессы) и непреодолимую личностную потребность ликвидировать создавшееся положение. Отмечаются болезненные эмоционально-аффективные реакции: раздражение, негативизм, ис-

пуг и др., а также эмоциональные состояния (страх, астения, пониженное настроение и т. п.).

Невроз навязчивых состояний (ННС) - расстройство невротического уровня и преимущественно психогенного происхождения с преобладанием в клинической картине навязчивых состояний (фобий, мыслей, действий, воспоминаний, воспроизводящих психогенно-травмирующую ситуацию) или навязчивой нетерпимости в отношении некоторых внешних воздействий.

Нозогнозия - понимание болезненности своего состояния.

Нозофобия - навязчивый страх заболеть какой-либо болезнью. Сопровождается соответствующими «профилактическими» мероприятиями: ношением защитных масок, резиновых перчаток, очков, частым мытьем рук, содержанием вещей в целлофановых пакетах и т. п.

Обманы восприятия — иллюзии и галлюцинации.

Обстоятельность - расстройство мышления, при котором затрудняется образование новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих.

Онейроид - сновидное, грезоподобное состояние сознания.

Онихофагия - обкусывание, жевание (иногда поедание) ногтей.

Органические поражения ЦНС - следствия травм, заболеваний, отравлений. В зависимости от характера поражения и психотравмирующих ситуаций сопровождаются эмоционально-аффективными реакциями и состояниями разного знака, интенсивности: эксплозивность, раздражительность, «недержание эмоций», слезливость, эйфория, тревожность.

Нарагномен - действие под влиянием внезапно возникшего нелепого умозаключения.

Паралогическое мышление - отсутствие адекватной логики.

Параноидные (паранойальные) расстройства личности - характеризуются чрезмерной подозрительностью и общей тенденцией к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей.

Нарасуицид - один из компонентов пресуицидального синдрома: незавершенные суицидальные действия, которые пред-

ставляют собой либо проявления суицидального шантажа, либо этап суицидального поведения, который предшествует завершению истинному суициду.

Паратимия - неадекватный аффект, количественно и качественно не соответствующий вызвавшей его причине.

Патологическая обстоятельность - склонность к чрезмерной, бессмысленной детализации

Патопсихология - наука, изучающая закономерности распада психической деятельности и свойств личности.

Патохарактерологическое поведение — поведение, обусловленное патологическими чертами характера.

Патохарактерологический тип девиантного поведения -поведение, обусловленное патологическими изменениями характера, сформировавшимися в процессе воспитания.

Перверсия - патология полового чувства, при которой половое возбуждение, удовлетворение достигаются неестественными, противоестественными способами или в сочетании с дополнительными раздражителями.

Персеверация - расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления.

Педофилия - направленность сексуального и эротического влечения

взрослого человека на ребенка. Человек с педофиль-ной направленностью не находит полного сексуального удовлетворения в контактах со сверстниками и способен испытывать оргазм лишь при взаимодействии с детьми. Формы педофиль-ных контактов различны: от редко встречающихся собственно коитальных, до эксгибиционистских актов и петтинга.

Пиромания - непреодолимое влечение к совершению поджогов.

Пограничное личностное расстройство - неразъясненное пограничное состояние между неврозом и психозом. Выделяют подчиняемые (зависимые), навязчивые и пассивно-агрессивные личностные расстройства.

429

Помрачение сознания — тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, заключающаяся в качественном изменении содержания сознания, в его «извращении».

Порропсин - расстройство восприятия в виде изменения расстояния, отделяющего предмет от большого при неизменных размерах самого объекта.

Психастения (от греч. psyhe - душа, astheneia - физическая и психическая слабость, бессилие) - ананкастное, обсессивно-компульсивное, тревожное расстройство личности, синдром расстройств личности по психастеническому типу, выражается в крайней нерешительности, неуверенности в себе, мнительности.

Псевдореминисценция - нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные, имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее (в крайнем своем выражении проявляется экмнезией - «жизнью в прошлом»).

Психиатрия - наука, направленная на выяснение причин психической болезни, на исследование синдромов и симптомов, типичных для того или иного заболевания, на анализ критериев прогноза болезни, на лечение и профилактику болезни.

Психогенные заболевания - психические расстройства, обязанные своим возникновением воздействию психогенно-травмирующих факторов. К ним относят большую часть невротических реакций, неврозов, функциональные психосоматические нарушения, реактивные состояния, психогенные развития личности.

Психогенные травмирующие факторы - факторы, вызывающие отрицательные психические переживания, приводящие к появлению психогенных нервно-психических или психосоматических расстройств.

Психопаты - *анормальные личности*, или люди, которые имеют биологически обусловленные отклонения от нормы в поведении и обнаруживают (наследственные) конституционально обусловленные патологические характеры.

Психопатии - расстройства личности, стойкие личностные дисгармонии, для которых характерна выраженность патологических свойств до степени нарушения адаптации.

430

Психопатология - раздел психиатрии, изучает симптомы психических заболеваний клиническими методами, используя медицинские понятия: диагноз, патогенез, симптом, синдром и др.

Разноплановость мышления - расстройство, при котором суждения больных о каком-нибудь явлении протекают как бы в разных плоскостях. Больные объединяют объекты в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств самих предметов, то на основании личных вкусов и установок.

Разорванность мышления - нарушение смысловых связей между членами предложения при сохранности грамматического построения фразы.

Расстройства эмоциональной сферы - выделяют продуктивные и негативные расстройства эмоциональных состояний. К продуктивным относят: гипотимии, гипертимии, паратимии (амбивалентность, эмоциональная неадекватность) и нарушения динамики эмоций. Негативные расстройства проявляются как сужение спектра эмоциональных проявлений с направленностью реагирования на внутренние утилитарно-гедонические потребности, а также как эмоциональная нивелировка и эмоциональная тупость.

Резонерство - склонность к бесплодному мудрствованию, тенденция к непродуктивным многоречивым рассуждениям.

Садизм - расстройство влечений, характеризующееся стремлением причинять боль другим лицам, увечье.

Садомазохизм - предпочтение сексуальной активности, включающей в себя элементы как садистической, так и мазохистической стимуляции.

Сверхценные идеи - продуктивные расстройства мышления, при которых возникает логически обоснованное убеждение, тесно связанное с особенностями личности, базирующееся на реальной ситуации и обладающее большим эмоциональным зарядом, занимает доминирующее положение во всей духовной жизни человека, определяет его деятельность и приводит к дезадаптации в социальной среде.

431

Сенестопатии - разнообразные неприятные, чаще беспочвенные, трудно описываемые больным ощущения в различных частях тела.

Сенсорные расстройства - нарушение ощущения высоты, цветоощущения и т. д. Связаны с поражениями подкорковых уровней анализаторных систем.

Символизм - в отличие от общепринятой системы символов, усматривание больными обычных символов там, где они не играют символической роли.

Синдром - строго формализованное описание закономерного сочетания симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определенными нозологическими формами.

Синдром Котара - при котором подавленное настроение сочетается с бредовыми идеями отрицания собственного тела или отдельных его органов и частей, с убеждением, что окружающий мир по вине больного погиб и исчез.

Синдром депрессивный - для него характерна триада: пониженное, тоскливое настроение (дистимия); замедленное мышление; двигательная заторможенность. Отмечается также выраженная утомляемость даже при незначительном усилии.

Синдром дисморфомании - проявляющийся болезненным убеждением (сверхценным или бредовым) о наличии у себя какого-либо воображаемого или переоцениваемого, утрируемого физического дефекта внешности или функции. Синдром имеет онтогенетическое предпочтение и встречается преимущественно в подростковом и юношеском возрасте.

Синдром ипохондрический - симптомокомплекс психического расстройства, которое может выражаться чрезмерным страхом за свое здоровье, сосредоточение внимания на представлениях, относящихся к собственному здоровью, и склонностью усматривать у себя болезни, которых нет.

Синдром Кандинского - сочетание псевдогаллюцинаций с симптомами сделанности, «овладения» и отчуждения собственной психической продукции.

Скачка идей - максимальное увеличение количества ассоциаций в единицу времени, постоянная смена мыслей, невозможность сосредоточения.

Соматические больные - больные, страдающие телесными заболеваниями: сердечными, легочными, желудочно-кишечными и др.

Соматоагнозия - расстройство узнавания частей собственного тела.

Соскальзывание - расстройство мышления (более «легкая» степень разорванности мышления).

Социабельность - открытость, доступность, общительность.

Стереотипия — частое, ритмичное повторение одних и тех же движений.

Страх - чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием конкретных угрожающих событий, действий (страх проецируется во вне - страх острых предметов, животных и т. д.).

Стресс - неспецифический ответ, функциональное состояние напряжения, реактивности организма, возникающее у человека и животных в ответ на воздействие стрессоров.

Субмиссивная мотивация — обусловленная характерологическими или личностными особенностями человека неспособность противостоять давлению. Например, неспособность отказаться от предлагаемого окружающими приема алкоголя или наркотических веществ.

Сумеречное состояние сознания - расстройства личности (психопатии) и явные, т. е. выраженные акцентуации характера.

Сутяжничество - постоянная, болезненная, не достигающая степени бредового поведения борьба против мелких, чаще мнимых обид.

Тоска - тяжелое чувство напряжения, граничащее с болью, которое больные локализуют в области сердца (в отличие от тревоги сопровождается двигательной заторможенностью).

Трансвестизм - стремление принимать внешний облик лиц противоположного пола с целью удовлетворения полового влечения.

Транссексуализм - стремление к изменению пола на противоположный.

Тревога - чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий (тревога чаще не проецируется во вне - тревога за свое здоровье, за работу, за правильное выполнение действий и т. д.).

Умственная отсталость - состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушениями способностей, обеспечивающих общий уровень интеллектуальности (когнитивных, речевых, моторных и социальных).

Ускоренное мышление - увеличение количества ассоциаций в единицу времени. Крайним проявлением данного расстройства является скачка идей.

Чувство потери чувств - мучительное ощущение бесчувствия, переживание безвозвратной утраты возможности чувствовать, переживать.

Феномен - любое индивидуальное целостное психическое переживание.

Фрустрация (от лат. frustration — обман, расстройство, разрушение планов) - состояние краха и подавленности, связанное с переживанием неудачи при столкновении с препятствием (реально существующим или воспринимаемым как таковое) на пути к близкой перспективе.

Фрустрационная толерантность - устойчивость по отношению к фрустрирующим воздействиям.

Частная психосоматика - учение о психологических особенностях больных с различными соматическими (не психическими) заболеваниями.

Шизоидное расстройство личности - прежде всего это своеобразие переживаний и отношений: мало что доставляет удовольствие или вообще ничего (ангедония); эмоциональная холодность, отчужденная или

уплощенная аффективность; неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к

434

другим людям, отсутствие близких друзей, доверительных связей и др.

Шизотииическое личностное расстройство — расстройство личности, занимающее место между психопатиями шизоидного типа и шизофренией.

Шизофрения - одно из наиболее распространенных психических расстройств. Больные отличаются эмоциональной тупостью, утратой дифференцированности эмоциональных реакций, их неадекватностью.

Шперрунг - «закупорка мыслей», «обрыв мыслей», внезапная остановка, перерыв ассоциативного процесса.

Эйдетизм - след только что закончившегося возбуждения в каком-либо анализаторе в виде четкого и яркого образа.

Эйфория - повышенное, беззаботное, неадекватно веселое настроение, состояние благодушия и беспечности, не соответствующее объективным обстоятельствам.

Экзистенциальность (от слова *exsistentia* — существование) склонность к уходу во внутренний, духовный мир.

Эксгибиционизм - гиперкомпенсаторное преодоление чувства стыда в связи с обнажением с целью снятия эмоционального и сексуального напряжения. Проявляется как периодическая или постоянная склонность к демонстрации собственных половых органов незнакомым людям.

Эпилептоидные личностные изменения — наиболее часты интеллектуальные нарушения, проявления психоорганического синдрома, астеническая симптоматика, личностные и невротические реакции, психотические расстройства.

Эфебофилия - половое влечение к подросткам.

Эхолалия (эхопраксия) - повторение больным отдельных слов или действий, которые произносятся или производятся в его присутствии кем-либо другим.

Яктация - навязчивое, произвольное раскачивание головой или всем туловищем.

435

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

1. Информация для студентов, выбирающих специализацию «Клиническая психология»

Студенты, желающие углубить свои знания в области клинической психологии, могут это сделать, выбрав соответствующую специализацию. Подготовка студентов по специализации «Клиническая психология» обычно начинается с 3-го курса. В Тамбовском государственном университете им. Г. Р. Державина в ней задействованы ведущие преподаватели кафедры общей психологии, которые и читают специальные дисциплины.

Междисциплинарный характер специализации «Клиническая психология» находится на стыке гуманитарных и естественнонаучных дисциплин (клинической медицины, анатомии, физиологии, психофармакологии, генетики и т. д.). Это позволяет студентам приобретать солидную теоретическую базу для дальнейшего профессионального роста.

Фундаментальный характер образования мы сочетаем с солидной практической подготовкой студентов. Дипломные работы наших выпускников

представляют собой, как правило, полноценные исследования с серьезной проработкой теоретических основ и решением значимых задач практического характера.

Наиболее способные студенты после окончания вуза имеют возможность продолжить обучение по специальности 19.00.04 -«Медицинская психология» в нашей аспирантуре. Диссертации выполняются обычно в русле научного направления кафедры общей психологии — «Неблагоприятные психические состояния и проблемы психологического здоровья граждан».

2. Перечень дисциплин специализации «Клиническая психология»

V семестр

1. Психиатрия и неврология.
2. Психосоматика.
3. Нейропсихология.

436

VI семестр

4. Психология экстремальных и кризисных состояний.
5. Психология детей с ЗПР.
6. Психология аномального онтогенеза.

VII семестр

1. Патопсихология.
2. Специальная психология и коррекционная педагогика.
3. Психологическое консультирование.
4. Психология девиантного поведения.

VIII семестр

1. Современные психотехники.
2. Психопрофилактика и психогигиена.
3. Психотерапевтические аспекты общения с элементами NLP.

IX семестр

1. Основы профорientации и трудовой реабилитации.
2. Теория и практика судебно-психологической экспертизы.
3. Личностные расстройства.
4. Специальные разделы клинической психологии.
5. Введение в клинический психоанализ.

X семестр

Выпускная квалификационная (дипломная) работа. Примерные направления, в рамках которых осуществляют научные исследования студенты-дипломники:

1. Индивидуально-психологические особенности лиц, принимавших участие в ликвидации чрезвычайных ситуаций.
2. Психологические причины дезадаптации солдат к условиям срочной службы.
3. Психологический отбор водителей для работы в экстремальных условиях.

437

4. Посттравматические стрессовые расстройства у лиц-

- участников военных действий.
5. Клинические проявления последствий насильственных действий сексуального характера.
 6. Особенности состояния женщин в разные периоды беременности.
 7. Психологическая поддержка и реабилитация жертв террора.
 8. Особенности психологического здоровья и профессиональных деформаций у представителей разных профессий.
 9. Диагностика и коррекция неблагоприятных психических состояний у учащихся.
 10. Индивидуально-психологические предпосылки рецидивов при наркомании.

3. Содержание дисциплин специализации 3.1.

***Психофармакология и психофармакотерапия* Объем курса:**

34 часа-лекционные занятия

На лекциях рассматриваются теоретические и практические вопросы, касающиеся характеристик основных групп психотропных препаратов и их применения для лечения психических расстройств.

В частности рассматриваются:

- основы общей фармакологии: фармакокинетика и фармакодинамика лекарственных веществ;
общие механизмы действия психотропных средств и их классификация;
- свойства и области применения нейрорепрессантов;
- механизм действия, классификация антидепрессантов и характеристика основных представителей данной группы;

438

- транквилизаторы, их психотропная активность и терапевтическая эффективность;
использование в лечебных целях психостимуляторов и ноотропов;
- препараты лития и противосудорожные лекарственные средства;
- основные побочные эффекты и осложнения психофармакотерапии;
- психофармакотерапия психических расстройств и пограничных психопатологических состояний.

3.2. Психотехники в современной клинической психологии

Объем курса: 18 часов - лекционные занятия 16 часов - семинарские занятия 34 часа - лабораторные занятия

Лекционный материал посвящен рассмотрению теоретических основ современного консультирования и психотерапии. В качестве базисных разделов курса выступают:

- задачи психологического консультирования и психоте

- рапии;
- функции и этика клинического психолога;
- особенности психологического консультирования и терапии в клинике;
- построение психотерапевтического сеанса (анамнез, структурирование процессов психологической помощи, подбор психотехник в зависимости от проблем клиента и др.);
- основные направления консультативной и психотерапевтической помощи.

На семинарских занятиях проходит обсуждение особенностей построения сессии по разным направлениям психотерапии в зависимости от предъявляемой клиентом проблемы.

439

Лабораторные занятия организуются по принципу семинаров-тренингов на базе института психологии и педагогики ТГУ, а также ряда психологических центров г. Тамбова. В программу занятий входят базовые техники, позволяющие выпускникам института (специализация «Клиническая психология») самостоятельно оказывать психологическую помощь при различных психологических и психосоматических нарушениях у клиента (фобии, тревожность, невротические расстройства, внутриличностные конфликты, психосоциальная дезадаптация, конфликтные ситуации, посттравматические расстройства и многое другое).

Слушатели специализации «Клиническая психология» примут участие и получат начальные навыки применения следующих психотехник:

1. Нейролингвистическое программирование.
2. Технология наведения и утилизация трансовых и гипнотических состояний.
3. Телесно-ориентированная терапия.
4. Транзактный анализ.
5. Арттерапия (сказкотерапия, рисуночная терапия, танцевальная терапия).
6. Гештальттерапия.
7. Позитивная психология.
8. Трансперсональная терапия.
9. Аутогенная тренировка.

3.3. Основы психосоматики

Объем курса: 18 часов - лекционные занятия курсовая работа

На лекционных занятиях рассматриваются психологические факторы (страх, депрессия, вина, стресс, стыд), влияющие на возникновение ряда соматических заболеваний, таких, как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, стенокардия, язвенная болезнь, нейродермит и других; а также особенности психического реагирования больных на заболевание; экспери-

440

ментально-психологические методы обследования и коррекции, применяемые клиническим психологом.

Примерные темы курсовых работ:

1. Психологические проблемы гинекологической клиники.
1. Избыточное питание и ожирение как психосоматиче

ская проблема.

2. Внутриличный конфликт как фактор развития психосоматических нарушений.
2. Психогенные сексуальные расстройства.
3. Психологические проблемы при заболеваниях сердца.
4. Психические нарушения при дефектах зрения.
3. Изменения личности у больных хроническими соматическими заболеваниями.
4. Психические нарушения, связанные с беременностью и родами.
5. Психологические особенности больного с язвой желудка.
6. Внутренняя картина болезни при гипертонии.

Часть курсовой работы является, как правило, основой для написания в последующем выпускной квалификационной работы.

3.4. Основы нейропсихологии Объем курса: 18

часов - лекционные занятия

Нейропсихология - это наука о том, как психические функции, такие, как речь, внимание, память и другие, связаны с мозгом. Нейропсихология отвечает на следующие вопросы: каков характер взаимоотношений мозга и психики, к расстройствам каких функций приводят локальные поражения тех или иных отделов мозга. Нейропсихология предлагает доступные и информативные способы коррекции указанных нарушений.

Нейропсихология вносит существенный вклад в развитие общепсихологической теории, возрастной психологии, психогенетики, психофизиологии, психолингвистики.

441

Знания нейропсихологии позволяют клиническому психологу решать проблемы нормального и отклоняющегося развития детей; диагностики, профилактики и коррекции школьного и дошкольного обучения; восстановления высших функций мозга после черепно-мозговых травм и других повреждений мозга.

Современные направления нейропсихологии: нейропсихология познавательных процессов, межполушарная асимметрия и межполушарное взаимодействие, детская нейропсихология, проблема афазии и нейрореабилитации, нейропсихология личности и общения, нейропсихология нормы.

3.5. Патопсихология

Объем курса: 18 часов - лекционные занятия 16 часов — семинарские занятия 34 часа - лабораторные занятия

На лекционных занятиях рассматриваются правила работы клинического психолога с больными людьми, изучаются психологические особенности таких заболеваний, как шизофрения, алкоголизм, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия, старческое слабоумие, олигофрения, невротические расстройства и др.

На семинарских занятиях рассматриваются проблемы нарушений сознания, восприятия (агнозии и псевдоагнозии, галлюцинации и псевдогаллюцинации); памяти, мышления (мотивационного компонента и критичности); нарушения опосредованности и иерархии мотивов, нарушение смыслообразования и подконтрольности поведения.

На лабораторных занятиях студенты знакомятся с методиками исследования личности, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, внимания, памяти, мышления в патопсихологии. Студенты приобретают навыки практической работы с методиками, используемыми в условиях клиники.

442

3.6. Специальная психология и коррекционная педагогика (основы дефектологии и логопедии)

Объем курса: 34 часа - лекционные занятия 16 часов -
семинарские занятия 34 часа - лабораторные
занятия

В настоящее время наблюдаются неблагоприятные тенденции роста числа детей с проблемами в развитии, с задержкой психического развития, с нарушениями речи, зрения, слуха и т. д. Поэтому цель данного курса состоит в том, чтобы дать студентам знания:

- о причинах возникновения нарушений в развитии;
- об особенностях психического и физического развития детей с проблемами развития;
- о медицинских, педагогических и психологических классификациях нарушений развития;
- о значении и сущности ранней диагностики и коррекционной помощи детям с проблемами в развитии;
- о правилах построения коррекционных программ;
- о современных развивающих технологиях, применяемых учителями-дефектологами и клиническими психологами в работе с детьми;

о принципах и методах отбора детей в специальные учреждения; о путях формирования гуманного отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья. **На практических и лабораторных занятиях рассматриваются:**

современные подходы к диагностическому обследованию ребенка; методики изучения физического, социального, познавательного и эмоционального развития детей; способы оценки и интерпретации полученных при обследовании данных; правила составления психолого-педагогического заключения на ребенка.

443

3.7. Психология детей с задержкой психического развития (ЗПР)

Объем курса: 14 часов - лекционные занятия 28 часов - семинарские занятия 14 часов - лабораторные занятия

На лекциях студенты рассматривают:

- особенности психических процессов и эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР; современные критерии диагностики психологического здоровья ребенка;
- понятие минимальной дисфункции как основного признака ЗПР;

- методы и приемы работы с детьми данной категории.

На практических и лабораторных занятиях студенты:

- знакомятся с вопросами дифференциальной диагностики ЗПР: изучают методики, позволяющие отграничить ЗПР от сходных состояний (С. Д. Забрамная, Е. А. Стребелева и др.);
- знакомятся с программами коррекционно-развивающего обучения.

3.8. Психология аномального онтогенеза

Объем курса: 14 часов - лекционные занятия 28 часов - семинарские занятия 14 часов - лабораторные занятия

В процессе изучения данного курса студенты знакомятся с особенностями развития следующих категорий детей:

- дети-сироты, воспитывающиеся в домах ребенка, детских домах, школах-интернатах;
- дети, которые не могут усидеть на одном месте (гиперактивные);
- леворукие дети.

444

Цель лекционного курса состоит в освещении особенностей и трудностей психического развития и социализации этих детей.

На практических и лабораторных занятиях студенты получают знания из области дифференциальной диагностики и получают навыки коррекционно-психологической работы с детьми, имеющими особенности данных категорий.

3.9. Психологическое консультирование

Объем курса: 102 часа - лабораторные занятия

Предмет изучения: проблемы межличностного, внутри-личностного и философского характера.

Лабораторные занятия ставят себе целью научить студентов оказывать помощь, помогать себе и другим:

- снятие неблагоприятных психических состояний;
- помощь в разрешении актуальных проблем (своих проблем и проблем других людей);
- помощь в реализации поведенческих личностных изменений, способствующих приобретению умений разрешать свои жизненные проблемы;

На занятиях рассматриваются средства помощи клиенту:

- активность самого человека, испытывающего проблемы;
- налаживание контакта с клиентом при помощи специальных приемов слушания;
- использование специальных техник консультирования для решения проблем клиента.

3.10. Психология девиантного поведения

Объем курса: 18 часов - лекционные занятия

На лекциях в доступной и увлекательной форме рассматриваются вопросы девиантного поведения человека, а именно:

1) типы девиантного поведения:

- делинквентное поведение;
аддиктивное поведение;
- патохарактерологический тип девиантного поведения;
психопатологический тип девиантного поведения;
девиации, обусловленные гиперспособностями человека;

2) клинические формы девиантного поведения, а также психологические и психопатологические механизмы их формирования:

- агрессия;
аутоагрессия (суицидальное поведение); злоупотребление веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности (алкоголизация, наркотизация, табакокурение и др.); нарушения пищевого поведения (переедание, голодание); аномалии сексуального поведения (девиации и перверсии); сверхценные психологические увлечения;
- сверхценные психопатологические увлечения;
характерологические и патохарактерологические реакции (эмансипации, группирования, оппозиции и др.); коммуникативные девиации (аутизация, гиперобщительность, конформизм., псевдология, нарциссическое поведение и др.);
безнравственное и аморальное поведение; неэстетичное поведение.

3.11. Специальные разделы клинической психологии

Объем курса: 18 часов - лекционные занятия 16 часов - семинарские занятия 34 часа - лабораторные занятия

На лекциях подробно рассматриваются основные вопросы специальных разделов клинической психологии, к которым от-

носят *возрастную клиническую психологию и семейную клиническую психологию.*

В рамках возрастной клинической психологии разбираются социальные и биологические составляющие нормального и аномального развития человека (наследственность, среда, активность), основные понятия возрастной психологии (социальная ситуация развития, ведущая деятельность, психологическое новообразование, возрастной психологический кризис, возрастная периодизация). Клинический аспект представлен характеристикой психологических особенностей каждого возрастного периода развития и присущих ему психосоматических расстройств.

В разделе семейной клинической психологии отношения в семье рассматриваются сквозь призму влияния их на соматическое и психическое здоровье ее членов, а также их личностный рост. В материалах лекций представлены: основные паттерны поведения, формируемые семьей; типы семей, способствующих психической травматизации; влияние семьи на сенсibilизацию ее членов к психической травме; группы «недопониманий» в семье и их характеристики.

На семинарских занятиях углубленно рассматриваются каждый из возрастных периодов развития человека и характерные для них психосоматические и психопатологические расстройства, причины их

возникновения и развития.

На лабораторных занятиях анализируются примеры из клинической практики, разбираются диагностические методы и конкретные диагностические методики, а также особенности работы клинического психолога с представителями различных возрастных групп.

3.12. Основы профориентации и трудовой реабилитации

Объем курса: 34 часа - лекционные занятия 68 часа - семинарские занятия 18 часов - лабораторные занятия

На лекциях рассматриваются следующие вопросы по данной дисциплине:

447

- индивидуальные склонности и способности людей;
- индивидуальный стиль деятельности;
- особенности личности, приобретаемые в профессиональной деятельности;
- неблагоприятные психические состояния, возникающие в деятельности, средства их коррекции;
- методики диагностики и средства помощи.

Лабораторные и практические занятия предусматривают:

- овладение рядом методик, применяемых в диагностике и профилактике неблагоприятных психических состояний;
- умение диагностировать индивидуальные особенности, склонности и способности людей, оказывать помощь в профессиональном самоопределении;
- приобретение навыков снятия неблагоприятных психических состояний, возникающих в трудовой деятельности;
- оказание помощи при адаптации, переадаптации и реадaptации лицам, испытывающим трудности в профессиональной деятельности,

3.13. Психология экстремальных и кризисных состояний

Объем курса: 34 часа - лекционные занятия 52 часа - семинарские занятия

На лекционных занятиях рассматриваются теоретические и практические вопросы, касающиеся причин возникновения, сущности, методов диагностики и психотерапии посттравматических стрессовых расстройств. В частности рассматриваются:

- экстремальные ситуации (природные и технические катастрофы, террористические акты, насилия и др.) и психологические последствия пребывания человека в них;
- травматический стресс как реакция человека на воздействие аномальных экстраординарных ситуаций;
- особенности оказания психологической помощи лицам, переживающим острый стресс;

448

- посттравматическое стрессовое расстройство как патологическое последствие травматического воздействия экстремальных ситуаций;
- принципы и методы оказания психологической помощи при посттравматическом стрессовом расстройстве, основывающиеся на

различных психологических теориях (психоаналитическом, когнитивно-психоаналитическом, бихевиоральном, когнитивно-бихевиоральном и др.). **На практических занятиях** изучаются методы диагностики посттравматического стрессового расстройства и отрабатываются навыки проведения психотерапевтических процедур.

В качестве базы для проведения практических занятий предполагается использование кризисного отделения института практической психологии ТГУ.

3.14. Введение в клинический психоанализ

Объем курса: 18 часов - лекционные занятия 34 часа - семинарские занятия

Лекционный материал посвящен рассмотрению теоретических основ современного классического психоанализа, а именно:

- Что такое психоанализ, его цели и задачи.
- Бессознательное. Психический аппарат человека.
- Толкование сновидений.
- Человек и его сексуальность.
- Многообразие сексуального поведения людей. Норма и патология.
- Психология мужчин и женщин. Недоверие между полами.
- Любовь и семья. Проблемы брака.
- Страх. Основные формы страха. Страх перед женщиной.
- Психическая деятельность в норме и патологии. Неврозы.
- Основные правила и принципы психоанализа. Техника психоанализа.

449

На практических занятиях слушатели специализации получают начальные навыки по толкованию сновидений с позиций классического психоанализа и применению метода свободных ассоциаций. В частности, будут рассмотрены следующие вопросы: Как люди пытались понять сновидения. Методы толкования сновидений в современном психоанализе.

Сексуальность и агрессивность в сновидениях. Символика сновидений, отражение сексуальности человека в символах.

Особенности детских сновидений. - Для чего нужны человеку сновидения?

3.15. Теория и практика судебно-психологической экспертизы

Объем курса: 18 часов - лекционные занятия 18 часов - семинарские занятия 36 часов - лабораторные занятия

На лекциях рассматриваются теоретические и организационные вопросы проведения судебно-психологической экспертизы, а именно:

- кто назначает экспертизы, в отношении кого и в каких случаях они проводятся;
- кому поручается проведение экспертиз, критерии отбора экспертов;
- типичные вопросы, выносимые на разрешение эксперта;
- порядок проведения экспертного исследования;
- требования к написанию заключения;
- оплата услуг эксперта.

На семинарских занятиях рассматриваются особенности проведения

разных видов предметных экспертиз: гражданских, военных, очных, заочных, амбулаторных, в зале суда и др., связанных с грабежом, убийством, изнасилованиями, по делам о взятках, правдивости свидетельских показаний и т. д.

450

Лабораторные занятия проводятся на базе лаборатории судебно-психологической экспертизы при ИПП ТГУ, где студенты:

- знакомятся с копиями уголовных дел, по которым были назначены экспертизы;
изучают постановления следственных органов или определения судов о назначении экспертиз, а также заключения экспертов, отвечавших, к примеру, на такие вопросы:
- Не находился ли обвиняемый в момент совершения инкриминируемых ему деяний в состоянии аффекта?
- Могла ли потерпевшая при изнасиловании осознавать характер совершаемых с нею действий и оказывать сопротивление насильнику?
- Мог ли несовершеннолетний правонарушитель осознавать общественную опасность своих действий и руководить ими, если мог, то в полной ли мере?
- В каком психическом состоянии находился человек в момент, предшествовавший самоубийству?

451

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>